

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**ÚLOHA RADIOLOGICKÉHO ASISTENTA
V PSYCHICKÉ PODPOŘE ONKOLOGICKÝCH
PACIENTŮ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MARTINA SUDOVÁ

Praha 2014

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

**ÚLOHA RADIOLOGICKÉHO ASISTENTA
V PSYCHICKÉ PODPOŘE ONKOLOGICKÝCH
PACIENTŮ**

Bakalářská práce

MARTINA SUDOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Radiologický asistent

Vedoucí práce: MUDr. Petra Holečková

Praha 2014



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Dušková 7, PSČ 150 00

Sudová Martina
3. A RA

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 4.11.2013 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Úloha radiologického asistenta v psychické podpoře onkologických
pacientů

Radiology Technician's Job to Boost Psyche of Oncology Patients

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Petra Holečková

V Praze dne: 4.11.2013



doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji MUDr.Petře Holečkové, vedoucí mé práce, za čas a ochotu, kterou mi věnovala při konzultacích, za pomoc a podnětné připomínky a za laskavé jednání, jímž mě nasměrovala.

ABSTRAKT

SUDOVÁ, Martina. *Úloha radiologického asistenta v psychické podpoře onkologických pacientů na radioterapeutickém oddělení*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MUDr. Petra Holečková. Praha. 2014. 57 s.

Tématem bakalářské práce je úloha radiologického asistenta v psychické podpoře onkologických pacientů. Teoretická část charakterizuje jak vlastní nádorové onemocnění, léčbu nádorového onemocnění, nežádoucí účinky léčby a jejich zmírnění, tak vliv těchto jevů na psychiku pacienta a psychiku pacienta při zvládnání nádorového onemocnění a komunikaci s pacientem v tomto období. V práci je zmíněn i syndrom vyhoření, kterým mohou trpět pracovníci v pomáhajících profesích, radiologické asistenty nevyjímaje. Syndrom vyhoření může zásadně ovlivnit komunikaci s pacientem a tím i vztah pracovníka a pacienta. Radiologický asistent by se měl zajímat a starat nejen o fyzické potřeby pacienta, ale i o jeho psychickou pohodu. Pomocí dotazníkového šetření jsem zjišťovala, zda je přístup radiologických asistentů dostatečně individuální, empatický a psychicky přínosný pro pacienty.

Klíčová slova

Nádorové onemocnění. Psychické prožívání rakoviny. Psychoonkologie. Radiologický asistent.

ABSTRACT

SUDOVÁ, Martina. *Radiology Technician's Job to Boost Psyche of Oncology Patients*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: MUDr. Petra Holečková. Prague. 2014. 57 pages.

This bachelor thesis focuses on the role of a radiological assistant in providing oncological patients with mental support. The theoretical part of the thesis aims to characterise not only cancer itself, its treatment, side effects of the treatment and their alleviation but also the impact of these phenomena on a patient's mental state while dealing with cancer and on the communication with a patient in the course of the treatment. The thesis includes also the burnout syndrome which may afflict people involved in helping professions, thus even radiological patients. The burnout syndrome may fundamentally influence the communication with a patient and as a result also the relationship between an assistant and a patient. Radiological assistant should not be interested only in physical needs of his patient but also in his good mental state. With the aid of a survey, I inquired whether the approach of radiological assistants is sufficiently individual, empathetic and psychically beneficial for patients.

Key words

Cancer disease. Psychic experiencing of cancer. Psycho-oncology. Radiological assistant.

PŘEDMLUVA

Slovo rakovina v mnohých z nás vyvolává pocit strachu a úzkosti. Existuje několik publikací, které se zabývají psychickou podporou onkologických pacientů a psychoonkologií obecně. Tato práce vznikla ve snaze se zaměřit v dané problematice na psychickou podporu onkologických pacientů, jako na důležitou součást kvality péče. Považuji za velmi významné poukázat na skutečnost, že psychická podpora onkologických pacientů by měla být samozřejmou součástí léčby, která by vedla k jejímu zefektivnění. Výběr tématu práce byl ovlivněn studiem oboru radiologický asistent a absolvováním odborné praxe na radioterapeutickém oddělení v Praze. Podklady pro práci jsem čerpala z různých literárních pramenů.

Práce je určena studentům oboru radiologického asistenta a stejně tak v ní mohou najít podnětné rady všeobecné sestry z Onkologických oddělení a radiologičtí asistenti z praxe, kteří se věnují péči o onkologické pacienty.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucí bakalářské práce MUDr. Petře Holečkové za pedagogické usměrnění, podnětné rady a podporu, kterou mi poskytla při vypracovávání bakalářské práce.

OBSAH

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

ÚVOD

TEORETICKÁ ČÁST

| | |
|--|-----------|
| 1 ZHOUBNÉ NÁDORY | 2 |
| 1. 1 TYPY NÁDORŮ..... | 2 |
| 1. 1. 1 NEZHOUBNÉ NÁDORY..... | 2 |
| 1. 1. 2 ZHOUBNÉ NÁDORY..... | 3 |
| 1. 2 VZNIK NÁDORU..... | 3 |
| 1. 2. 1 VNITŘNÍ FAKTORY..... | 3 |
| 1. 2. 2 VNĚJŠÍ FAKTORY..... | 4 |
| 1. 3 PROJEVY NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ..... | 4 |
| 1. 4 PREVENCE..... | 5 |
| 2 LÉČBA | 6 |
| 2. 1 TYPY PROTINÁDOROVÉ LÉČBY PODLE CÍLE..... | 6 |
| 2. 2 LÉČBA CHIRURGICKÁ..... | 7 |
| 2. 2. 1 VEDLEJŠÍ ÚČINKY CHIRURGICKÉ LÉČBY..... | 7 |
| 2. 3 LÉČBA ZÁŘENÍM..... | 8 |
| 2. 3. 1 NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY RADIOTERAPIE S NÁVRHY A DOPORUČENÍMI NA JEJICH ZMÍRNĚNÍ..... | 8 |
| 2. 4 CHEMOTERAPIE..... | 11 |
| 2. 4. 1 NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY CHEMOTERAPIE S NÁVRHY A DOPORUČENÍMI K JEJICH ZMÍRNĚNÍ..... | 11 |
| 2. 5 HORMONÁLNÍ PROTINÁDOROVÁ LÉČBA..... | 12 |
| 2. 5. 1 NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY HORMONÁLNÍ LÉČBY..... | 13 |
| 2. 6 BIOLOGICKÁ PROTINÁDOROVÁ LÉČBA..... | 13 |
| 2. 6. 1 VEDLEJŠÍ ÚČINKY BIOLOGICKÉ LÉČBY..... | 14 |
| 3 PSYCHOONKOLOGIE | 15 |
| 3. 1 PSYCHOTERAPIE..... | 15 |
| 3. 1. 1 INDIVIDUÁLNÍ TERAPIE..... | 16 |
| 3. 1. 2 SKUPINOVÁ TERAPIE..... | 16 |
| 3. 1. 3 OSTATNÍ METODY PSYCHOLOGICKÉ PODPORY ONKOLOGICKÝCH PACIENTŮ..... | 16 |
| 3. 2 RODINA PACIENTA S NÁDOROVÝM ONEMOCNĚNÍM..... | 17 |
| 4 NÁDOROVÉ ONEMOCNĚNÍ A PSYCHIKA | 18 |
| 4. 1 PSYCHOSOCIÁLNÍ DŮSLEDKY RAKOVINY..... | 18 |
| 4. 1. 1 INTRAPERSONÁLNÍ POTÍŽE..... | 18 |

| | |
|---|-----------|
| 4. 1. 2 INTERPERSONÁLNÍ POTÍŽE | 19 |
| 4. 1. 3 FYZICKÉ A MATERIÁLNÍ ASPEKTY PROBLÉMŮ | 19 |
| 4. 3 ZÁKLADNÍ FÁZE PSYCHICKÉHO PROŽÍVÁNÍ NEMOCI | 20 |
| 4. 4 ZÁKLADNÍ FÁZE PSYCHICKÉHO PROŽÍVÁNÍ NÁDOROVÉHO ONEMOCNĚNÍ | 20 |
| 4. 4. 1 FÁZE ŠOKU | 20 |
| 4. 4. 2 FÁZE ZLOBY, VZTEKU A ZÁŠTĚ | 21 |
| 4. 4. 3 FÁZE UKLIDNĚNÍ A SMLouvÁNÍ | 21 |
| 4. 4. 4 FÁZE DEPRESE | 21 |
| 5 KOMUNIKACE | 23 |
| 5. 1 DRUHY KOMUNIKACE | 24 |
| 5. 1. 1 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE | 24 |
| 5. 1. 2 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE | 24 |
| 5. 2 ROGEROVSKÝ PŘÍSTUP | 24 |
| 5. 3 PROFESIONÁLNÍ PŘÍSTUP K ONKOLOGICKÝM PACIENTŮM | 25 |
| 6 SYNDROM VYHOŘENÍ | 26 |
| 6. 1 PŘÍZNAKY SYNDROMU VYHOŘENÍ | 27 |
| 6. 1. 1 SYNDROM VYHOŘENÍ NA PSYCHICKÉ ÚROVNI | 27 |
| 6. 1. 2 SYNDROM VYHOŘENÍ NA FYZICKÉ ÚROVNI | 27 |
| 6. 1. 3 SYNDROM VYHOŘENÍ NA ÚROVNI SOCIÁLNÍCH VZTAHŮ | 28 |
| 6. 2 DUŠEVNÍ HYGIENA | 28 |
| PRAKTICKÁ ČÁST | |
| 7 METODIKA | 29 |
| 8 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ | 31 |
| 9 DISKUZE | 51 |
| 9. 1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI | 52 |
| ZÁVĚR | |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | |

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

| | |
|-----------------|----|
| Tabulka 1..... | 31 |
| Tabulka 2..... | 31 |
| Tabulka 3..... | 32 |
| Tabulka 4..... | 33 |
| Tabulka 5..... | 34 |
| Tabulka 6..... | 35 |
| Tabulka 7..... | 36 |
| Tabulka 8..... | 37 |
| Tabulka 9..... | 38 |
| Tabulka 10..... | 39 |
| Tabulka 11..... | 40 |
| Tabulka 12..... | 41 |
| Tabulka 13..... | 42 |
| Tabulka 14..... | 43 |
| Tabulka 15..... | 44 |
| Tabulka 16..... | 45 |
| Tabulka 17..... | 46 |
| Tabulka 18..... | 47 |
| Tabulka 19..... | 48 |
| Tabulka20..... | 49 |
| | |
| Graf 1..... | 31 |
| Graf 2..... | 32 |
| Graf 3..... | 33 |
| Graf 4..... | 34 |
| Graf 5..... | 35 |
| Graf 6..... | 36 |
| Graf 7..... | 37 |

| | |
|--------------|----|
| Graf 8..... | 38 |
| Graf 9..... | 39 |
| Graf 10..... | 40 |
| Graf 11..... | 41 |
| Graf 12..... | 42 |
| Graf 13..... | 43 |
| Graf 14..... | 44 |
| Graf 15..... | 45 |
| Graf 16..... | 46 |
| Graf17 | 47 |
| Graf 18..... | 48 |
| Graf 19..... | 49 |
| Graf 20..... | 50 |

ÚVOD

Nádorové onemocnění se významně dotýká kvality života pacienta, proto je potřeba se zaměřit nejen na péči o tělesné zdraví, ale i na péči o duševní zdraví nemocného a na práci s duševní pohodou nemocného.

Díky své dosavadní praxi, jsem zjistila, že psychická podpora onkologických pacientů je důležitou součástí léčby, ale zůstává často v pozadí. Radiologičtí asistenti jsou velmi důležitou součástí týmu s kterými je pacient po dobu léčby v neustálém kontaktu, a proto je i na nich, aby pacienti uvedli do psychického klidu. To samozřejmě zahrnuje, aby radiologičtí asistenti měli dostatek informací o léčbě a nežádoucích účincích. Také by se měli orientovat v psychickém prožívání nemoci pacienta, měli by umět s onkologicky nemocným komunikovat, povzbudit ho a motivovat. Obor radiologický asistent na radioterapii, je velmi psychicky náročný, proto často u personálu dochází k syndromu vyhoření.

Cílem bakalářské práce je přiblížit, jak onkologičtí pacienti prožívají nádorové onemocnění. Zaměřila jsem se na psychiku pacientů a komunikaci s nimi v tomto pro ně nelehkém období.

V praktické části jsem se pomocí anonymního dotazníkového šetření ptala onkologických pacientů na radioterapeutickém oddělení, jak jsou spokojeni s přístupem radiologických asistentů, zda jsou dostatečně informovaní o postupech léčby, nežádoucích účincích, ale také zda jsou radiologičtí asistenti dostatečně individuální a profesionální nebo jsou schopni psychické podpory pacientů.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ZHOUBNÉ NÁDORY

Zhoubné nádory- onkologická onemocnění, maligní onemocnění, karcinomy, novotvary jsou velmi závažným a zneklidňujícím celosvětovým problémem, Českou republiku nevyjímaje. Třetina obyvatel našeho státu onemocní v průběhu svého života zhoubným nádorem a u více než pětiny všech onkologických chorob je zhoubné onemocnění příčinou úmrtí. Nyní se daří vyléčit přibližně polovinu nemocných, přičemž úspěšnost léčby nádorů dětského věku přesahuje 70%. (ŠLAMPA, 2007)

Zhoubný nádor je soubor nemocí, jejichž společným znakem je nekontrolovaný růst buněk, který se vymyká koordinačním dějům v živém organismu. (SKÁLA, 2007) Kromě nekontrolovaného růstu se zhoubné nádory vyznačují i destruktivním růstem, při kterém dochází k ničení zdravé tkáně, která s ložiskem nádoru sousedí. Nádory se také šíří cestou lymfatickou a krevní. Takto vzniklá ložiska se nazývají metastázy neboli ložiska dceřiná. Ke změnám buňky, jejichž výsledkem je zhoubný nádor, může dojít u celé řady buněčných druhů. (DIENSTBIER, 1994)

1. 1 TYPY NÁDORŮ

Nádorová onemocnění dělíme podle biologického chování na nezhoubné- benigní nádory a zhoubné- maligní nádory. (CHOCENSKÁ, 2009)

1. 1. 1 NEZHOUBNÉ NÁDORY

U nezhoubných nádorů se nádorové buňky více množí, ale vznikají struktury podobné strukturám výchozí tkáně. Tento typ nádoru má většinou ostré ohraničení od okolních tkání a zpravidla neporušuje okolní tkáně, ale pouze je roztlačuje. Tvorba metastáz je u nezhoubných nádorů velmi vzácná. Mezi nezhoubné nádory řadíme například: fibrom, myxom, myom, lipom, hemangiom, osteom, chondrom, adenom, papilom. (CHOCENSKÁ, 2009) Benigní nádory nemusí nemocnému činit žádné potíže nebo mohou způsobit bolesti, zažívací potíže či poruchy močení právě růstem do okolí a tlakem na orgány. Nezhoubné nádory rostou pomalu. (MLÝNKOVÁ, 2010)

1. 1. 2 ZHOUBNÉ NÁDORY

U maligních nádorů se množení nádorových buněk i jejich růst vymyká kontrole organismu. Nádorové buňky ztrácejí schopnost apoptózy – programované buněčné smrti. Zhoubný nádor, který roste do okolní tkáně, ji nejen roztlačuje, ale i aktivně ničí. Po jisté době růstu je schopen zhoubný nádor vrůst do okolních krevních a mízních cév či utvořit vlastní cévy. Tímto lze docílit nejen lepšího zásobení nádoru kyslíkem a živinami, ale také je zde zvýšené riziko vycestování nádorových buněk do vzdálených částí těla lymfatickou nebo krevní cestou a vytvoření metastáz. (CHOCENSKÁ, 2009) Zhoubné nádory se ve velké míře podílejí na úmrtí, strádání jedince a snížené kvalitě jeho života. Maligní nádory rostou rychleji než nezhoubné nádory a po jejich odstranění může dojít k recidivě. (MLÝNKOVÁ, 2010)

1. 2 VZNIK NÁDORU

Pro vznik nádorů existuje celá řada prolínajících se mechanismů v různých kombinacích. Nádor je genetické onemocnění. Poškození genů vzniká velice výjimečně spontánně, většinou působením početných zevních faktorů- tzv. mutagenů. Počáteční fázi nádorového vzniku je iniciace, kdy genetická porucha vznikla. Poté dochází k promoci, kde se spoluúčastí dalších podnětů dochází k vývojovým poruchám vzniku buňky. O tomto stadiu mluvíme jako o karcinomu insitu. Když organismus proces nezvládne prostřednictvím obranných mechanismů, vzniká shluk zhoubných buněk a nachází se ve stadiu konverze nebo transformace. Transformované buňky se úplně vymykají regulaci organismu a dochází k progresi a metastazování. (SKÁLA, 2007; ŽALOUDNÍK, 2008)

Příčina vzniku maligních nádorů není doposud objasněna. Z dlouhodobého výzkumu se nashromáždilo velké množství poznatků o různých vlivech a faktorech, které ovlivňují vznik maligního bujení a jsou nazývány kancerogeny. Kancerogenní faktory lze rozdělit na vnitřní a vnější. (ZEMAN, 2011)

1. 2. 1 VNITŘNÍ FAKTORY

Mezi vnitřní faktory patří především dědičné dispozice, kterou si můžeme nést ve své genetické informaci od rodičů. Dalšími vlivy jsou pohlaví, věkové, rasové, změny ve sféře nerohorální regulace a imunologie. (ŽALOUDNÍK, 2008; ZEMAN, 2011)

1. 2. 2 VNĚJŠÍ FAKTORY

Vnější faktory lze členit na fyzikální, chemické a biologické:

- Fyzikální – např. záření: sluneční záření, ionizující záření
- Chemické- např. azobarviva, arzen, cigaretový kouř, alkohol
- Biologické- např. viry- HPV, bakterie

Vliv kancerogenů způsobuje přeměnu (transformaci) normální buňky na nádorovou buňku. (SKÁLA, 2007; ZEMAN, 2011)

1. 3 PROJEVY NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ

Strach z nádorového onemocnění vede většinu lidí ke zlehčování různých příznaků a odsunování návštěvy lékaře na později, čímž si ovšem snižuje pravděpodobnost vyléčitelnosti. (ŘIHÁČKOVÁ, 2009) Pro nádorové onemocnění neexistují specifické subjektivní obtíže. Mezi obecné příznaky lze řadit, únavu, malátnost, hubnutí bez dietních opatření, nechutenství, dušnost, kašel, poruchy močení, vyšší teploty až horečky, bez zjevné příčiny, zvětšené uzliny. (MLÝNKOVÁ, 2010; DIENSTBIER, 1994)

Příznaky u nádorů nervového systému jsou dlouhodobé bolesti hlavy, nauzea, poruchy vidění, poruchu citu na kůži, změna chování (agrese), poruchy hybnosti s opakovanými pády nebo poruchy sluchu, atd. (MLÝNKOVÁ, 2010; ŘIHÁČKOVÁ, 2009)

U nádorů v hrudníku se lze setkat s příznaky, jako je např. dušnost a chrapot či kašel, který trvá déle než měsíc, bez nachlazení či jiného onemocnění, dále také s vykašláváním krve nebo s krví ve vykašlaném hlenu a bolesti na hrudi či při polykání. (MLÝNKOVÁ 2010; ŘIHÁČKOVÁ, 2009)

Symptomy u nádorů trávicího traktu mohou být dlouhodobé zácpy či střídání zácpy s průjmem, zvracení, bolest při polykání, přítomnost krve nebo hlenu ve stolici či nechutenství a úbytek na váze. (MLÝNKOVÁ 2010; ŘIHÁČKOVÁ, 2009)

Nádory kůže se mohou projevit znaménky, která krvácejí, mokvají, svědí nebo se objevují ztvrdlá místa, která se nehojí atd. (MLÝNKOVÁ 2010; ŘIHÁČKOVÁ, 2009)

1. 4 PREVENCE

Prevence, neboli předcházení nemocem, je nejučinnější a nejlevnější opatření proti chorobám obecně. Čím dál tím více lidí si uvědomuje, že zdraví není samozřejmostí, ale výsledek vytrvalého osobního snažení. Lidé si uvědomují, že je čas se zamyslet nad stavem životního prostředí i nad svým životním stylem. Současná doba navíc přináší velkou psychickou zátěž a stres. Vznik nádorového onemocnění se neustále zvyšuje znečišťováním životního prostředí, používáním umělých hnojiv, přecházením různých virových onemocnění a dalšími negativními vlivy. Prevenci lze rozdělit do několika úrovní: (KAREŠOVÁ, 2010)

- **Primární-** je orientována na zdravé lidi. Zabývá se jak prevencí vzniku chorob, tak zvyšováním kvality života. Její snahou je hlavně ovlivnit vnější faktory- dietní návyky, alkohol, kouření, sport atd. (HRUBÁ, 2001)
- **Sekundární-** je zaměřena na včasnou diagnostiku (screening), již existující nemoci. Má za úkol zabránit rozvoji choroby a určit diagnózu ve vyléčitelném stádiu onemocnění, jelikož léčba pokročilého onemocnění je podstatně méně účinná, dražší a především přináší nemocnému nepříjemné komplikace. (HRUBÁ, 2001)
- **Terciální-** orientuje se na lidi, u kterých nelze vzniku rakoviny zabránit a nemoc již u nich propukla. Zabývá se výchovou nemocných i rodinných příslušníků k tomu, aby využili značné možnosti zdravého životního stylu a vyhnuli se zbytečným komplikacím a problémům. (HRUBÁ, 2001) Jejím cílem je zachytit případný návrat nádorového onemocnění po prodělané léčbě v bezpříznakovém intervalu včas- tedy ve stále ještě léčitelné podobě. (KAREŠOVÁ, 2010)
- **Kvartérní-** je zaměřena na předvídání a předcházení důsledků progradujícího nevléčitelného onemocnění, které mohou zkrátit zbytek života nebo snížit jeho kvalitu. Zde je na místě uvažovat o postupech a potřebách v oblasti tělesné, sociální i psychické. (KAREŠOVÁ, 2010)

2 LÉČBA

Při léčbě nádorového onemocnění má pacient velmi nebezpečného nepřítele, který se nenápadně v organismu nejen šíří, ale také mění své vlastnosti. Onkologická léčba není bez rizik a z větší části spočívá v tom, jak zabezpečit, aby přínos léčby přesahoval její nežádoucí účinky a rizika s tím spojená. Také je orientována tak, aby byl zasahován jen samotný nádor a zdravé tkáně byly uchráněny. (ŽALOUĐÍK, 2008)

Radiologický asistent by měl pacienta vždy poučit o tom, jaké by se mohly objevit nežádoucí účinky léčby a jak se má nemocný při jejich výskytu zachovat. (VORLÍČEK, 2012)

Volba léčby záleží na lokalizaci a velikosti tumoru a na stádiu nemoci a histologii nádoru. K terapii zhoubných nádorů využíváme léčbu lokální a systémovou. K léčbě lokální řadíme léčbu chirurgickou léčbu a radioterapii, k systémové pak chemoterapii, hormonální a biologickou léčbu. (CHOCENSKÁ, 2009)

Léčba nádorového onemocnění s sebou přináší celou řadu vedlejších příznaků a klade velké nároky na psychiku pacienta i jeho blízkého okolí. O možnostech léčby a prevence nádorového onemocnění se většinou uvažuje, až když onkologické onemocnění zasáhne naši osobu či blízké naše okolí. (JANEČKOVÁ, 2010a)

2. 1 TYPY PROTINÁDOROVÉ LÉČBY PODLE CÍLE

Z hlediska předpokládaného cíle, kterého lze dosáhnout, rozlišujeme léčbu na:

- **Adjuvantní léčba-** jde o léčbu zajišťovací, používá se jako přídatná léčba po operaci nebo ozařování. Provádí se u nemocných bez známek metastáz nádoru. Má za úkol odstranit zbylé nádorové buňky, které by mohly v těle ještě zůstat a zabránit tak metastazování. V adjuvantní léčbě se využívá především kombinace radioterapie a medikamentózní léčby (např. aplikace chemoterapie a ozařování po chirurgickém odstranění nádoru prsu a spádových mízních uzlin).
- **Neoadjuvantní léčba-** užívá se před radioterapií nebo chirurgickou léčbou. Klade si za cíl zmenšení nádoru před chirurgickým výkonem tak, aby byla usnadněna či umožněna operace nebo aby bylo nádor možné ozářit do vysoké dávky se sníženým rizikem poškození okolních zdravých tkání. Velmi často se

volí v případech, kdy plánujeme provést orgán zachovný výkon (ca pru, ca recta). Také je cílem snížení rizika, že se během operace uvolní nádorové buňky a rozšíří se do jiných tkání či orgánů (např. chemoterapie před chirurgickým odstraněním rozsáhlého sarkomu končetiny nebo aplikace hormonální léčby několik měsíců před plánovaným ozářením prostaty).

- **Konkomitantní léčba-** jedná se o léčbu souběžnou, současně probíhající léčba radioterapií a chemoterapií nebo jiných modalit protinádorové terapie. Při této terapii je nutné volit takové kombinace, aby se výsledek sčítal, popřípadě násobil, ale nesmějí se sčítat nežádoucí účinky jednotlivých léků nebo způsobů léčby (např. se užívá u pokročilejších nádorů hlavy a krku, nádorů anu a konečníku, nádorů močového měchýře, karcinomů plic).

(CHOCENSKÁ 2009; VORLÍČEK, 1997)

2. 2 LÉČBA CHIRURGICKÁ

Pod tímto pojmem se rozumí chirurgické odstranění nádorové tkáně z organismu. Zůstává důležitou léčbou pro mnoho typů nádorů a některé nádory je možné vyléčit samotným chirurgickým odstraněním. Tímto typem léčby je možné ověřit diagnózu například biopsií či určit rozsah postižení (staging). Dalšími intervencemi může být odstranění projevů spojených s nádorem (např. operace neprůchodnosti střev nebo žlučových cest, odstranění nádoru z páteřního kanálu s cílem zabránit ochnutí) nebo zmírnění bolesti (např. přerušení nervového zásobení nádorem postiženého orgánu u zhoubného onemocnění slinivky břišní). (CHOCENSKÁ, 2009)

2. 1 VEDLEJŠÍ ÚČINKY CHIRURGICKÉ LÉČBY

Vedlejší účinky chirurgické léčby jsou různé a závisí na tom, v jaké části těla byl chirurgický výkon proveden. Chirurgická léčba může vést ke ztrátě chuti k jídlu, mohou se objevit potíže při polykání, žvýkání a mluvení, hubnutí a tím ztráta svalové hmoty, poškození imunity organismu atd. Při krvácení a po chirurgickém zákroku může dojít k anémii. Bolest po operaci může přetrvávat několik dní, ale při poškození nervů může být i dlouhodobější. (CHOCENSKÁ, 2009)

2. 3 LÉČBA ZÁŘENÍM

Léčbu zářením nazýváme také radioterapií, léčbu ionizujícím zářením či aktinoterapií. Radioterapie patří k důležitým prostředkům protinádorové léčby a je aplikována s cílem vyléčit nádor nebo alespoň zmírnit potíže působené nádorem. Tato léčba je založena na tom, že většina nádorových buněk je více radiosenzitivní než buňky zdravé. Cílem radiační léčby je vpravit do nádoru smrtící dávku záření při maximální šetrnosti ke zdravé okolní tkáni a kritickým orgánům. Léčba zářením může také snížit riziko dalšího metastazování. (KAREŠOVÁ, 2010)

Radioterapii lze rozdělit na vnější a vnitřní léčbu zářením. Často jsou kombinovány oba přístupy.

- **Vnější léčba zářením** – neboli teleradioterapie. Zdroj záření je při tomto typu radioterapie mimo tělo pacienta v dosahu několika desítek centimetrů. Záření prochází tělem pacienta, a proto se pacient nestává radioaktivní, protože záření se nehromadí v nádoru, krvi ani tekutinách. (McKAYOVÁ, 2005)
- **Vnitřní léčba zářením**- neboli brachyradioterapie. Zdroj záření je umístěný přímo u nádoru nebo v nádoru. Lze provést brachyterapii intersticiální- implantovanou do tkání nebo interkavitální brachyterapii- implantovanou do tělních dutin, popř. muláž, kdy je zářič umístěn na nádoru (kožní nádory). Jsou zde používány hlavně izotopy cesia a iridia. Tato léčba se používá k léčbě nádorů dělohy, prsu, hlavy a krku nebo prostaty. (STÁHALOVÁ, 2008)

2. 3. 1 NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY RADIOTERAPIE S NÁVRHY A DOPORUČENÍMI NA JEJICH ZMÍRNĚNÍ

Vedlejší účinky záření se odlišují pacient od pacienta. Někteří jedinci nemají žádné vedlejší účinky, jiní mají závažné vedlejší efekty, které je potřeba léčit. Mnohdy přináší nežádoucí účinky psycho- sociální problémy. Je velmi důležité, aby nemocný dostal podrobné informace od personálu. (STÁHALOVÁ, 2008)

Nežádoucí účinky závisí na velikosti dávky záření, na velikosti ozařovaného objemu, na celkovém zdravotním stavu a na vedlejších diagnózách pacienta. Vedlejší účinky dělíme na akutní, které vznikají již v průběhu léčby zářením a odeznívají za 3 měsíce po skončení léčby a chronické, které vznikají i za několik měsíců až let, ale

bývají dlouhodobé nebo trvalé. Velmi často vznikají na podkladě akutních nežádoucích účinků. Pozdní nežádoucí účinky radioterapie vznikají po několika měsících až letech od ukončení záření a bývají také často trvalé, nemívají však podklad v akutních vedlejších účincích. Velmi pozdní nežádoucí efekty léčby zářením vznikají po mnoha letech a jejich podkladem bývá kancerogenní či mutagenní efekt záření. (STÁHALOVÁ, 2008)

Akutní nežádoucí účinky radioterapie dělíme na systémové a lokální. Často se může objevit únava, při které by si pacient měl dopřát dostatek odpočinku či nechutenství a hubnutí, proto by měl pacient mít harmonickou stravu, která by měla obsahovat více kalorií a bílkovin. Důležitější než zdravá výživa je však příjem stravy jako takové, i kdyby zásady zdravé výživy měly být porušeny. (DIENSTBIER, 1994)

Podkladem lokálních akutních nežádoucích účinků je zánět a otok. Mezi lokální nežádoucí účinky patří: dermatitida, mukositida, průjmy, nevolnost, ztráta vlasů, nevolnost, cystitida, pneumonitida, hematologická toxicita a další. (McKAYOVÁ, 2005)

Dermatitida je kožní reakce, která způsobuje suchost, rudnutí, horkost a pálivost pokožky. Vytváří se hlavně, když záření prochází místem, kde je tenký kožní kryt. (McKAYOVÁ, 2005) Pacientovi je potřeba doporučit nepoužívat mýdlo, přesto dodržovat hygienu, umývat se vlažnou vodou a opatrně pokožku sušit. Vhodný je neдрáždivý a neparfémovaný ideferentní krém či mast např. Calcium pantothenicum, Indulona či vepřové sádlo. Lze také použít lokální steroidy či lokálně aplikovaná antibiotika– u těžkých infikovaných forem dermatitidy. (McKAYOVÁ, 2005; KAREŠOVÁ 2010)

Mukositida je zánětlivé postižení sliznic. Radiační mucositida vzniká na podkladě účinků záření. Jedná se o podráždění sliznice v ústech, krku, jícnu a celém gastrointestinálním traktu. Pacient v ústech pociťuje bolestivost, suchost či bolest při polykání, což mu téměř znemožňuje pít a jíst. Neměl by tedy pít alkohol, kouřit ani pít velmi studené či horké nápoje, ale naopak by měl dbát na ústní hygienu. Upravena by měla být konzistence stravy, popřípadě perorální strava nahrazena jinou formou výživy. (McKAYOVÁ, 2005)

Průjmy jsou dalším z možných nežádoucích účinků, který vzniká při ozáření břicha a pánve. Jedná se o poměrně nebezpečný nežádoucí efekt radioterapie, při kterém může dojít k minerálové dysbalanci organismu. Tento nežádoucí účinek může pacient ovlivnit skladbou stravy, vyloučením alkoholu, kofeinu, mléčných výrobků a masné nebo syrové stravy. Důležitý je příjem dostatečného množství tekutin. V některých případech je nutné přistoupit k podávání medikamentů (Reasec, Imodium, Tinktura opii). (CHOCENSKÁ, 2009; McKAYOVÁ, 2005)

Při ozařování břicha nebo míchy může dojít k nevolnosti, kterou lze překonat pomocí léků doporučených onkologem a dietními opatřeními. (McKAYOVÁ, 2005)

Ozařování hlavy přispívá ke ztrátě vlasů, které pacientovi může způsobit psychické problémy. Je nutné, aby se pacient chránil před sluncem a chladem, používal ochranné krémy s vyšším faktorem, pokrývku hlavy nebo paruku. (McKAYOVÁ, 2005)

Mezi nepříjemné nežádoucí účinky patří nauzea a zvracení. Pokud je zvracení časté, může způsobit dehydrataci, poruchu rovnováhy minerálů v těle, ztrátu hmotnosti, depresi a odmítnutí další léčby. Nejdříve musí být odhalena příčina obtíží. Je-li zvracení a nauzea následkem léčby, tak jsou podávány účinné léky proti zvracení. (CHOCENSKÁ, 2009)

U ozařování pánve se pacient může setkat s cystitidou. Jedná se o zánět močového měchýře, který se projevuje častým nucením na močení či pálením při močení. Tyto nežádoucí efekty léčby lze zmírnit zvýšeným příjmem tekutin a vynecháním konzumace kávy a alkoholu. (STÁHALOVÁ, 2008)

Akutní radiační pneumonitida (zánětlivé poškození plicního intersticia) se projevuje při ozařování plic. Jejími klinickými projevy jsou teploty, suchý kašel, dušnost a korelát na RTG snímku nebo CT plic. Po léčbě kortikoidy a antibiotiky zánět ustupuje. (HYNKOVÁ, 2010)

Systémovým nežádoucím účinkem je hematologická toxicita, která se projeví při ozařování velkého objemu kostní dřeně a jde především o leukopenii (snížený počet bílých krvinek leukocytů v krvi), trombocytopenii (nedostatek krevních destiček trombocytů v krvi) a anémii (snížené množství krevního barviva hemoglobinu a červených krvinek erytrocytů v krvi), přičemž nejcitlivější na záření jsou leukocyty. Celkové příznaky jsou závislé na absorbované dávce. (HYNKOVÁ, 2010)

2. 4 CHEMOTERAPIE

Chemoterapie je názvem pro systémovou léčbu zhoubného onemocnění pomocí cytostatik. Cytostatika však poškozují i některé buňky zdravých tkání. Většinou se používají v různých kombinacích kvůli zvýšení jejich účinků. Chemoterapie je velmi léčebně účinná, a pokud se onemocnění nedokáže vyléčit, může nemocnému pomoci prodloužit život s jeho lepší kvalitou, ale je doprovázena nežádoucími účinky. (VORLÍČEK, 1997)

2. 4. 1 NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY CHEMOTERAPIE S NÁVRHY A DOPORUČENÍMI K JEJICH ZMÍRNĚNÍ

„Obavy z nežádoucích účinků chemoterapie jsou časté. Avšak je nutné zdůraznit, že žádný nemocný nemá všechny nežádoucí účinky chemoterapie, někteří mají jen minimální obtíže a jiní dokonce žádné. Navíc, závažnost je velmi různá případ od případu.“ (VORLÍČEK, 1997, s. 11)

Mezi nejčastěji postižené normální buňky našeho těla patří krvinky, ty se tvoří v kostní dřeni, další jsou buňky ve sliznicích zažívacího traktu, v reprodukčních orgánech a vlasových váčcích. Chemoterapií mohou být poškozeny buňky srdce, ledvin, močového měchýře, plic a nervového systému. Nejčastějšími nežádoucími příznaky jsou zvracení, nevolnost, únava a vypadávání vlasů. (CHOCENSKÁ, 2009)

Po cytostatikách dochází k dočasnému poklesu krvetvorby a to jak u bílých a červených krvinek, tak krevních destiček. V období poklesu bílých krvinek má pacient sníženou obranyschopnost, je tedy nutné, aby se vyhýbal kontaktu s infekčními chorobami a předcházel krvácení, protože při poklesu červených krvinek dochází k anémii. (VORLÍČEK, 1997)

Nevolnosti a zvracení lze předcházet aplikací léků proti zvracení již před, při a po podání chemoterapie. Lékař má na výběr z mnoha léků, které mohou nauzeu a zvracení zmírnit nebo dokonce odstranit. (VORLÍČEK, 1997; CHOČENSKÁ, 2009)

Dalšími nepříjemnými nežádoucími účinky může být průjem a zácpa. U průjmu pacientovi doporučíme, aby jedl menší porce několikrát denně, vyvaroval se jídel s velkým obsahem vlákniny, pil co nejvíce tekutin a vyjmul ze svého jídelníčku kávu, čaj, alkohol, sladkosti a smažená nebo ostrá jídla. Použit lze i medikamentózní léčbu, např. Reasec, Imodium, Tinktura opii. U zácpy by pacient naopak měl přijímat co nejvíce potravin s vysokým obsahem vlákniny. (KAREŠOVÁ, 2010)

Všechny nežádoucí účinky jsou psychicky snášeny velmi špatně. Obzvláště špatně snášeným účinkem je ztráta vlasů, popřípadě vypadáním obočí, řas nebo jiného ochlupení, a to nejen u žen. Po skončení chemoterapie vlasy v opět narostou, často v lepší kvalitě než původní. Ztráta vlasů lze vyřešit koupí paruky, použitím tužky na obočí a umělými řasami. (KAREŠOVÁ, 2010)

Po cytostatické léčbě se mohou vyskytnout i problémy s kůží, jako například zrudnutí, svědění, zdrsňení nebo vysychání kůže a výskytu akné. Nehty mohou být lámavé a křehké. V tomto případě by se nemocný měl o svou kůži s nehty starat a užívat ochranné pomůcky. (VORLÍČEK, 1997)

2. 5 HORMONÁLNÍ PROTINÁDOROVÁ LÉČBA

„Indikace hormonální léčby je založena na průzkumu hormonálních receptorů. Pokud nejsou v nádorové tkáni hormonální receptory přítomny, hormonální léčba se nepodává, neboť je neúčinná.“ (ABRAHÁMOVÁ, 2009, s. 85) Hormonální léčba se podílí různou měrou na adjuvantní léčbě, na léčbě pokročilé choroby i léčbě metastáz. Onkolog určuje typ i délku trvání hormonální terapie, která může trvat až několik let. (ABRAHÁMOVÁ, 2009) Na vzniku nádorového onemocnění se mohou významným způsobem podílet zejména steroidní hormony, jako např. estrogeny, androgeny, glukokortikoidy a peptidické hormony. (KLENER, 2009) Nejčastěji se hormonální terapie užívá u nádorů prostaty, prsu a reprodukčního systému (těla dělohy). (CHOČENSKÁ, 2009)

2. 5. 1 NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY HORMONÁLNÍ LÉČBY

Vedlejším efektem hormonální léčby je zvýšení množství tuku a snížení svalové hmotnosti v organismu, změna způsobu látkové přeměny, která může vést k nárůstu hmotnosti. Dalším symptomem může být tzv. přechod, přičemž nemocný má návaly horka, deprese, snížení libida a ten se objevuje nejen u žen, ale i u mužů. Také někdy dochází ke zvýšení jaterních testů, větší pohotovosti ke srážení krve a vyššímu riziku kardiovaskulárních onemocnění. Možné vedlejší účinky hormonální léčby se liší dle jednotlivých preparátů a většinou vymizí po ukončení léčby. (CHOCENSKÁ, 2009)

2. 6 BIOLOGICKÁ PROTINÁDOROVÁ LÉČBA

Biologická léčba je charakteristická podáváním látek, které ovlivňují řetězce dějů určitých receptorů nezbytných pro přežívání, množení a růst buněk. (ABRAHÁMOVÁ, 2009) Mezi biologickou léčbu patří:

- **Imunoterapie-** povzbuzuje imunitní mechanismy v organismu k boji proti nádoru (např. interferon v léčbě nádoru léčby).
- **Cílená léčba-** patří sem monoklonární protilátky, které po podání do organismu pacienta vyhledají nádorové buňky a navážou se na jejich povrch. Lze monoklonární protilátky použít samostatně či v kombinaci s jiným druhem léčby- např. chemoterapií. Pod cílenou léčbu patří antiangiogenní léčba, při které léky blokují látku, která působí na tvorbu nových cév, jelikož bez tvorby nových cév v nádoru není možný další růst nádoru a je také znesnadněno zakládání vzdálených ložisek.
- **Protinádorové vakcíny-** podněcují imunitní systém nemocného k rozpoznání nádorové buňky a k jejímu zničení. (CHOCENSKÁ, 2009)

2. 6. 1 VEDLEJŠÍ ÚČINKY BIOLOGICKÉ LÉČBY

Nežádoucí účinky po léčbě imunoterapií jsou např. flu like syndrom – syndrom podobný chřipce doprovázený nevolností a teplotou, pocením, únavou, schváceností i zvracením. Léčba monoklonálními protilátkami může být provázena : nevolností, zvracením, svalovými křečemi, zčervenáním kůže, kožní reakcí podobnou akné či průjmem a při antiangiogenní léčbě může docházet ke zvýšení tlaku, zvýšení rizika tromboembolických nemocí a poruchám regenerace poškozených tkání. (CHOCENSKÁ, 2009)

3 PSYCHOONKOLOGIE

Psychoonkologie je interdisciplinární obor, který je průnikem psychologie, psychoterapie a onkologie, ale i dalších vědních disciplín, jako je biologická psychologie, imunologie, endokrinologie, fyziologie, sociologie a mnoho dalších. Zahrnuje tedy obory jak přírodovědné, tak humanitní. Nejvlivnějším činitelem ve zdravotnictví je psychologie. (TSCHUSCHKE, 2004)

Jedná se tedy o obor velmi komplexní. Věnuje se péči o pacienty s nádorovým onemocněním, pozoruje jejich psychické reakce na realitu onemocnění a nabízí psychotherapeutické přístupy. Také pečuje o rodiny a blízké těchto pacientů i o lékaře a zdravotnický personál. Ke vzniku psychoonkologie vedl i fakt, že je mnohem více pacientů, kteří toto onemocnění prodělali a po ukončení léčby se museli srovnat s fyzickými i psychickými následky onemocnění a léčby. V České republice ještě není propracovaný systém psychotherapeutické péče o onkologické pacienty. (ANGENENDT, 2010)

3. 1 PSYCHOTERAPIE

Vyrovnat se s nemocí je obtížný úkol. Mnoho lidí dokáže žít aktivní společenský život jako před nemocí- chodit do práce, scházet se s přáteli, chodit do divadel a věnovat se svým koníčkům, i když mají onkologické onemocnění. Ne všichni toto onemocnění zvládnou, u některých mohou nastat stavy úzkosti, smutku, beznaděje a strachu. Pokud tento stav nastane, je dobré vyhledat pomoc odborníka. V dnešní době by měl být členem každého lékařského týmu psycholog, psychiatr a sociální pracovníce. V současnosti je tato péče integrální součástí komplexní léčby. (ROMAŇÁKOVÁ, 2001)

Behaviorální metody, které můžeme charakterizovat důrazem na chování, na význam učení a direktivním přístupem k léčbě, jsou vědecky podloženy a pacientům s nádorovým onemocněním nabízejí specifickou psychologickou pomoc s dlouhotrvajícím účinkem. Mezi behaviorální techniky patří relaxace, zmírnění bolesti, snížení příznaků nevolnosti a zvracení aj. Při kombinaci behaviorální a kognitivní metody lze pozitivně ovlivnit nevědomé negativní myšlenky a tím zásadně a trvale snižovat úzkost a stres. (ANGENENDT, 2010)

3. 1. 1 INDIVIDUÁLNÍ TERAPIE

Individuální psychoterapie má různé směry, které umožňují, aby nemocní nádorovým onemocněním využili psychoterapeutické pomoci, která je specializována na práci s nimi. Jedná se o programy na snížení stresu, úzkosti a deprese, což může následně významně zlepšit kvalitu pacientova života. (ANGENENDT, 2010)

3. 1. 2 SKUPINOVÁ TERAPIE

Jde o terapii, jejímž smyslem je psychická léčba lidí ve skupině. Složení lidí v těchto skupinách bývá většinou sestaveno dle stejné diagnózy, způsobu léčby, podle věku apod. V některých skupinách je možná i žádoucí účast rodinných příslušníků. Nejedná se o spolek sebelitujících se či nešťastných lidí, ale lidí které spojuje jejich zkušenost s nemocí. (ROMAŇÁKOVÁ, 2001)

3. 1. 3 OSTATNÍ METODY PSYCHOLOGICKÉ PODPORY ONKOLOGICKÝCH PACIENTŮ

Velké množství studií dokládá hodnotu a význam psychoonkologických intervencí, které dokáží eliminovat prvotní přirozené psychologické reakce, jako je strach, zoufalství, deprese, stres, úzkost aj. (ANGENENDT, 2010) V období, kdy se pacient zotavuje z překvapení z diagnózy a začne přesněji definovat podrobnosti všeho, co je nutné v nejbližší době učinit, může nervozita nemocného polevovat a sílit. Je velmi důležité, aby si pacient v něčem našel úlevu od napětí, potřebnou k tomu, aby se soustředil na vyhlídky do budoucna. Existuje široké spektrum nejrůznějších metod, které by pacientovi mohli pomoci od napětí a je na každém nemocném v čem právě on najde úlevu. Mezi doplňkové metody, které mohou pacientům pomoci od psychické zátěže se řadí: (GRUMANNOVÁ, 2008)

- Relaxační metody
- Muzikoterapie
- Arteterapie
- Aromaterapie a masáže

- Dodržování denního režimu
- Četba
- Fyzický odpočinek
- Čas s přáteli

(ANGENENDT, 2010; GRUMANNOVÁ, 2008)

3. 2 RODINA PACIENTA S NÁDOROVÝM ONEMOCNĚNÍM

Pomoc při psychickém zvládnání nádorového onemocnění potřebuje i pacientova rodina. Ta je často vystavena šoku stejně jako pacient. Je důležité seznámit rodinu s nádorovým onemocněním a léčbou, protože rodina neví jak svému blízkému pomoci a co pro něj udělat. Mnohdy se setkáme s tím, že mnozí z nich cítí vinu nebo spoluvinu. Také členové rodiny se musí naučit o nemoci hovořit a vyrovnat se s vlastní zranitelností ve vztahu k nemoci někoho velmi blízkého. Rodina pacienta je nemocí velmi zneklidněna, někdy až traumatizována, takže je rozhodně potřeba s ní pracovat. (ANGENENDT, 2010)

4 NÁDOROVÉ ONEMOCNĚNÍ A PSYCHIKA

Při moderní léčbě onkologických pacientů je běžná práce v týmech, ve kterých je nedílnou součástí i radiologický asistent. Celý tým přispívá k detailnímu poznání problémů pacientů a navrhuje optimální řešení. Zhoubné onemocnění má vždy dopad na psychiku pacientů. Radiologický asistent by měl správně definovat a přesně vyjádřit problémy, s nimiž se setkali při práci s pacientem. Spolupráce s onkologickými pacienty vyžaduje větší ohled k životním nesnázím a potřebám a především empatii. Takový přístup vyžaduje, jak psychickou připravenost, tak mezioborové odborné znalosti radiologických asistentů. (DEJMALOVÁ, 2013)

Každá nemoc se skládá z tělesné, psychické i sociální složky. Zejména to platí o nemocech, které se významně dotýkají kvality našeho života, ohrožují náš život s druhými lidmi a jsou označovány jako diagnózy se špatnou pověstí. Právě proto je potřeba se zaměřit nejen na péči o tělesné zdraví, ale i na práci s duševní pohodou a okolím nemocného, které může velmi pomoci při zvládnutí zátěžové situace, kterou je i nemoc. Zásadní je snaha o dobrou kvalitu psychiky všech zúčastněných. Je dobře známo, že psychická pohoda jedince a podpora jeho blízkých mohou zlepšit prožívání nemoci a mnohdy i některé somatické parametry. (KAREŠOVÁ, 2010)

4. 1 PSYCHOSOCIÁLNÍ DŮSLEDKY RAKOVINY

V dnešní době je efektivita léčby rakoviny na velmi dobré úrovni, ale psychosociální a emoční potřeby pacienta jsou často přehlíženy. Zhoubné onemocnění vyvolává stres působením mnoha stresorů a může vést k významnému omezení kvality života. Při diagnostikované rakovině se každý člověk setká s celou škálou problémů. Tyto problémy mohou mít charakter intrapersonální, sociální nebo jde o problémy pacienta ve vztahu s jeho okolím. (NEZU, 2004)

4. 1. 1 INTRAPERSONÁLNÍ POTÍŽE

Při životě s rakovinou se pacient musí přizpůsobit značným změnám. Výrazné psychosociální přizpůsobování mohou žádat například biologické změny, které se dotýkají fyzického vzhledu, hormonální aktivity i celkového zdravotního stavu. Tyto změny mohou negativně působit na pohlavní život, duševní zdraví a celkově duševní a tělesnou pohodu. Léčba a zotavování může vyžadovat určité změny v chování. Nemocní mohou být například vyzváni, aby redukovali či přerušili kouření nebo abstinovali.

Může být potřeba obměnit stravovací návyky nebo životosprávu pacientů. Také je potřeba věnovat zvýšenou pozornost například osobní a dentální hygieně. Lidé s rakovinou mohou vykazovat zvýšenou úroveň emoční zátěže, bývají pesimisté, mají sklon se snadno vzdát a očekávají málo opory. Mezi běžné typy emočních psychických potíží pacientů s rakovinou jsou deprese a úzkosti. Úzkost bývá reaktivní povahy, kterou může vyvolat samotná diagnóza, bolest, celkový zdravotní vztah, vedlejší účinky léků nebo psychosociální problémy. Dalšími potížemi mohou být sklony k sebevraždě. Ty se nejčastěji vyskytují u pacientů s rakovinou dutiny ústní, hltanu a plic. Rakovina i její léčba je spjata se závažnou bolestí, sexuální dysfunkcí, únavou, ztrátou vlasů, osamělostí a potížemi s chutí k jídlu. (NEZU, 2004)

4. 1. 2 INTERPERSONÁLNÍ POTÍŽE

Interpersonální potíže se mohou týkat rozsáhlého okruhu lidí (například partner/partnerka, rodina, děti, přátelé) a situací (například kariéra, práce, vzdělání, náboženství, finance, pohlavní život, tělesné zdraví, volný čas či naplňování osobních cílů). Během léčby a zotavení mnozí pacienti nejsou schopni pracovat a navíc jsou i mnohdy závislí na druhých. Někteří lidé se mohou za svou diagnózu stydět nebo se díky ní cítit nejistí, což může způsobit, že se ostatním odcizí. Kromě toho se mohou jiní vyhýbat lidem s rakovinou, kvůli zjevné holohlavosti, úbytku na hmotnosti a malátnosti, takže mohou vzniknout i problémy v komunikaci, kdy mnozí lidé nevědí jak s nemocnými komunikovat. Dalšími potížemi může být omezená mobilita vyplývající z únavy, svalové slabosti, neuropatie či amputace, což může přinést problémy i v sociálním prostředí. Jelikož lidé nemocní rakovinou mají oslabený imunitní systém, jsou též omezeni v aktivní účasti ve společenském životě, nemohou navštěvovat restaurace, kina, divadla ani účastnit se dalšího společenského dění. (NEZU, 2004)

4. 1. 3 FYZICKÉ A MATERIÁLNÍ ASPEKTY PROBLÉMŮ

Pacienti běžně řeší problémy, které omezují nezávislý způsob jejich života. Musí se vyrovnat s praktickými fyzickými potřebami, mezi ně zajištění dopravy na prohlídky u lékaře či vykonávání běžných denních potřeb- koupání, oblékání, příprava jídla nebo doprovod při těchto činnostech. (NEZU, 2004)

4.2 ZÁKLADNÍ FÁZE PSYCHICKÉHO PROŽÍVÁNÍ NEMOCI

Americká lékařka E. Kuebler- Rossová upozornila na základní fáze psychického prožívání po sdělení diagnózy. Tyto fáze rozdělila na pět základních:

- **1. fáze-** neboli fáze šoku a popření. Člověk vyděšen, úzkostlivý a plný strachu s tendencí tuto hroznou skutečnost popřít.
- **2. fáze-** je fází zloby a vzteku (agrese). Člověk je podrážděn, slovně agresivní na lidi ve svém okolí i ošetřující a často si klade otázku, proč to potkalo právě jeho.
- **3. fáze-** zde se vyskytují se úzkosti, strach a deprese. Nemocnému docházejí síly psychicky odolávat a další boj se mu zdá marný. Člověk je pasivní, plný beznaděje a smutku, bez možnosti vnímat i drobná pozitiva.
- **4. fáze-** v této fázi přichází uklidnění a smlouvání. Charakteristickým příznakem je upnutí se na shánění nových informací a nových metod. Nemocný v této fázi přijímá konečnost, kdy se upíná na nějakou událost. Tato fáze představuje jakési přijetí vlastního osudu s určitými podmínkami nebo výměnou za cíl. Vytváří si tichou dohodu s osudem, co by chtěl/a ještě stihnout, zvládnout či čeho se dožít.
- **5. fáze-** je konečné stádium. V této fázi v této fázi se můžeme setkat s vyrovnáním se s nemocí, léčbou, smrtí a jejich přijetím nebo se setkáváme s rezignací, odevzdaností. (JANÁČKOVÁ, 2010b; KAREŠOVÁ 2010)

4.3 ZÁKLADNÍ FÁZE PSYCHICKÉHO PROŽÍVÁNÍ NÁDOROVÉHO ONEMOCNĚNÍ

Fáze psychického nádorového onemocnění jsou pouze přibližným vodítkem. Mohou probíhat periodicky, paralelně, u různých jedinců trvají různě dlouho a některé z nich nemusí vůbec nastat. Přesto je důležité je znát a tak lépe nemocnému porozumět. (JANÁČKOVÁ, 2010b)

4.3.1 FÁZE ŠOKU

Pro psychiku člověka je sdělení takto závažné diagnózy velkou zátěží. Rakovina většinou zastihne člověka nepřipraveného, v plném proudu každodenního života. Nemocný se připuštění pravdy v plném rozsahu brání a popírajícím způsobem zamlžuje pravdu. Zvládání nádorového onemocnění je charakterizováno kognitivní a behaviorální reakcí. (JANÁČKOVÁ, 2010b) Jedná se o syntézu tradiční behaviorální terapie, která vychází z principů klasické teorie učení a podmiňování a kognitivní terapie, která se

snaží o ovlivnění stylu myšlení, usuzování a jeho dopadů a psychického prožívání daného jedince. (VALENTA, 2012) Tato reakce zahrnuje jak osobní hodnocení stavu, tak chování následující po zhodnocení. Lidé s nádorovým onemocněním jsou nuceni se zabývat myšlenkou na smrt a přidružené tělesné projevy nemoci, jako je únava, slabost, nechutenství a vedlejší účinky léčby. (JANÁČKOVÁ, 2010b)

4. 3. 2 FÁZE ZLOBY, VZTEKU A ZÁŠTĚ

Šok stále nepolevuje. Lidé prožívají psychickou krizi spolu s trvalým napětím a úzkostí. Strach ze smrti, z bolesti, utrpení a umírání představují v psychice pacienta zhroucení dosavadního života. Provází ji zátěž způsobena tělesnými projevy nemoci. Dochází ke ztrátě autonomie, jelikož léčba vyžaduje přizpůsobení se dané situaci. Nemocní jsou závislí na lékaři, který určuje způsob jejich léčby a musí se mu naučit důvěřovat. Ztrácejí pocit řízení vlastního osudu a vykonávání běžných aktivit je jim částečně či úplně znemožněno. Také v sociální sféře se vyskytují subtilní formy sociálního odstupů, agrese nebo pasivity. (JANÁČKOVÁ, 2010b)

4. 3. 3 FÁZE UKLIDNĚNÍ A SMLOUVÁNÍ

Akceptace diagnózy nastává po období hledání viníka nebo sebeobviňování. Neznamená to, že by se pacient s diagnózou smířil, pouze ukončuje obviňování a pokouší se dávat událostem významy, které mu mohou umožnit situovat se do role hříšníka či hrdiny. Hledá nové role, které vedou k pozitivním změnám v procesu uzdravování. Pacienti mění svůj žebříček hodnot i celkový přístup k životu a to pomáhá v jejich osobním vývoji. Nemocní hledají spásu ve víře, intenzivně shání informace o nových a zázračných léčebných metodách, vyhledávají alternativní medicínu a hlavně hledají naději. Ve stádiu zklidnění se, hledání spásy a víry v naději, se pacienti snaží přijmout a smířit se s přechodně vnímanými nežádoucími účinky léčby. (JANÁČKOVÁ, 2010b)

4. 3. 4 FÁZE DEPRESE

V této fázi je narušená psychická stabilita a nastává krize z bolestivých a zatěžujících léčebných procedur, vedlejších účinků léčby a uvědomování si skutečnosti, že negativní fyzické a psychické působení nemoci nemá konce. Pokud léčba nezabírá, nemocný hledá nové formy léčby. Mnohdy dochází k částečnému zhroucení imunitního systému, což se projevuje ve stále se opakujících krizích, při kterých vzniká panika a

strach. Příchod smrti se stává stále zřetelnější a na umírajícího doléhá. Psychické vyčerpání se projevuje utrpením, které provází neklid, zmatenost a beznaděj. Nemocný se loučí se životem, bojí se samoty, o své blízké osoby a bolesti a též ztráty důstojnosti. (JANÁČKOVÁ, 2010b)

5 KOMUNIKACE

Radiologičtí asistenti, kteří pečují o onkologicky nemocné pacienty, by měli mít dobré komunikační dovednosti, měli by umět navázat atmosféru důvěry a také by měli zvládat psychickou zátěž. (KELNAROVÁ, 2009) Radiologický asistent by měl umět s pacientem efektivně komunikovat. Komunikace totiž umožňuje partnerskou spolupráci pacienta na léčbě a ta je pro radiologické asistenty velmi důležitá. (VÉVODA, 2013)

Komunikace je proces, při kterém dochází k vzájemné výměně informací přímo mezi dvěma nebo více osobami. Aby došlo k výměně informací, musí být obě komunikující strany schopny informaci vnímat, zhodnotit a uchovat či předat. (ČECHOVÁ, 2004)

Sociální dovednost je základním předpokladem zdravotníka. Na zdravotníka je kladena schopnost interakce s pacienty i kolegy a to na významné místo. Interakce je reagování osob navzájem, které probíhá neustále. Zdravotník používá dovednost komunikace jako součást profesionálního vybavení. Komunikace slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem. Komunikaci je možné rozvíjet kdykoliv v životě. Existují tři druhy profesionální komunikace:

- **Sociální komunikace-** jde o běžný hovor s nemocným. Tato komunikace slouží k vytváření vztahu zdravotníka k lidem, o které pečuje. Nemocniční pacienti mají omezenou možnost sociálního kontaktu, proto na ně velmi pozitivně působí možnost hovoru s dalšími lidmi. Rozhovor je realizován jazykem, slov eventuelně neverbální komunikací. Při této komunikaci jde o složku tématickou, obsahovou a výkladovou.
- **Specifická komunikace-** jedná se hlavně o motivační komunikaci, kdy nemocného motivujeme k další léčbě, působíme na něj edukačně. Zde se kladou na personál zvýšené nároky na srozumitelnost sdělení, přijatelnou formu informace a to vzhledem k aktuálnímu stavu pacienta. Příkladem témat při této komunikaci může být sdělování postupu vyšetření nebo informace o nežádoucích účincích.
- **Terapeutická komunikace-** při tomto druhu komunikace, by měl zdravotník nemocným poskytnout oporu a pomoc v těžkých chvílích rozhodování, přijímání

nepříjemných nebo významných skutečností, pomoc při adaptaci na změnu. Tento druh terapeutického rozhovoru má za úkol zvýšit účinnost jiných léčebných přístupů u tělesných nebo fyzických nemocí. Terapeutická komunikace probíhá ve smyslu vědomého, záměrného a účelového použití verbálních a neverbálních komunikačních dovedností v průběhu interakce mezi zdravotníkem a pacientem. (VENGLÁŘOVÁ, 2006; O'CONNOR, 2005)

5. 1 DRUHY KOMUNIKACE

V komunikaci předáváme informace druhým o našem vztahu k nim, ale také o našich pocitech, očekáváních, o našich hodnotách, motivech, cílech a přání. Vše lze vyjádřit pomocí verbální a neverbální komunikace. (ŠRÁMKOVÁ, 2007)

5. 1. 1 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE

„ *Verbální komunikací se rozumí vyjadřování slov prostřednictvím příslušného jazyka.*“ (Vymětal, 2008, s. 112) V širším pojetí verbální komunikace využívá mluvených či psaných výrazů a dalších odvozených znakových soustav, jako jsou jazyky umělecké a vědecké. (VÝROST, 2008) Je potřeba, aby komunikace probíhala produktivně, tzn. aby došlo ke správnému přenosu informací mezi mluvčím a příjemcem. Tomu je zapotřebí dodržet základní kritéria komunikace, kterými jsou jednoduchost, stručnost, zřetelnost, načasovanost, přizpůsobivost a důvěryhodnost. (ŠRÁMKOVÁ, 2007)

5. 1. 2 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE

Neverbální komunikací je komunikace beze slov (řeč těla). (ŠRÁMKOVÁ, 2007) Tato komunikace probíhá například tehdy, když člověk gestikuluje, usmívá se mračí se, rozšiřují se mu zorničky, dotýká se někoho a dokonce i když nic neříká. Pomocí neverbálních prvků se mnohem snadněji vyjadřují emoce, povzbuzení či porozumnění lépe než verbální komunikací. (DEVITO, 2008)

5. 2 ROGEROVSKÝ PŘÍSTUP

Americký psycholog Carl Ramson Rogers, předpokládá, že člověka ovlivňuje základní motivační síla. Rogers klade důraz na terapeutický vztah, zranitelnost pacienta, autenticitu, nepodmíněné pozitivní ocenění a empatii. Rogerovský přístup bere naslouchání jako aktivní prvek komunikace. (VENGLÁŘOVÁ, 2006)

Aktivním nasloucháním je myšleno vyslechnout pacienta a jeho problémy či podělit se o jeho radosti. (KHELEROVÁ, 2010) Každý při komunikaci by měl být sám sebou. Autentická osoba je schopna akceptace, kdy respektuje a přijímá druhého. Tento přístup povzbuzuje a podporuje rozvoj člověka a vyzdvihuje ocenění ve smyslu pozitivního povzbuzení. Podmínkou je zachování vlastní integrity. (VENGLÁŘOVÁ, 2006)

5. 3 PROFESIONÁLNÍ PŘÍSTUP K ONKOLOGICKÝM PACIENTŮM

Je velice důležité si uvědomit, že pacienti jsou lidé psychicky zdraví, ale nachází se v mezní situaci ohrožení života a mohou se chovat neočekávaně až patologicky. Personál by měl zachovat klid v krizových situacích, kdy si pacient na nás odreagovává své negativní emoce. Klidným chováním se snažíme snížit emoční úzkost nemocného a můžeme tak zabránit rozvinutí psychopatologického stavu. Pacienta se dotýkáme na bezpečných místech, protože potřebuje komunikaci dotykem a jejich blízcí to málokdy dokážou. Zdravotník by se měl snažit naslouchat pacientům, jejich vyprávění nemusíme komentovat, jedná se jim převážně o sdělení svých pocitů. Chvalme nemocné za každý úspěch, povzbuzení jim dodává sílu a brzdí negativní emoce. Významné je se pacientů ptát, co pro ně můžeme udělat, mít zájem o jejich osobu, dávat jim naději a podporovat je v další léčbě. S pacienty komunikujeme vzhledem k jejich věku. Hlavní dovedností zdravotníka by měla být empatie, reagování na potřeby pacientů a profesionální přístup. (DEJMALOVÁ, 2013)

6 SYNDROM VYHOŘENÍ

Onkologické pracoviště mají z psychického hlediska rizikový charakter a to jak pro lékaře, tak i ostatní zdravotnický personál. Právě zdravotnický personál je soustavně konfrontován s bolestí, utrpením a mnohdy i se smrtí. Nadměrná psychická zátěž může směřovat k profesionální deformaci ve smyslu „být nad věcí“. Zdravotnický personál se musí chovat tak, aby pacientovi pomohl a nepoškodil jeho duševní zdraví. Najít takovou rovnováhu není vždy lehké. (JURGA, 2002)

„Neustále přibývá lidí, kteří už dále nedokážou zvládat nesnadné situace v běžném životě, ani náročné pracovní podmínky, jež navíc v některých případech umocňuje strach.“ (Stock, 2010, s. 13)

Syndrom vyhoření, vyprahlosti, vypálení (burn out) je stav psychického, fyzického a emocionálního vyčerpání. Nejvíce ohroženou skupinou jsou profese, které pomáhají druhým lidem tzv. pomáhajících profesí. Pomáhající přebírají problémy klientů, snaží se jejich potřeby splnit co nejlépe, přičemž své odsouvají do pozadí. (VENGLÁŘOVÁ, 2011) Mezi symptomy syndromu vyhoření patří deprese a úzkost, poruchy paměti a obtížné soustředění, poruchy spánku, únava a pokles výkonnosti, nespokojenost se sebou i s okolím či snížení sebedůvěry. (NOVÁK, 2010)

6.1 FÁZE SYNDROMU VYHOŘENÍ

Burn- out syndrom (syndrom vyhoření) vzniká v důsledku řady okolností, obzvláště pak chronického stresu vázaného na pracovní prostředí. Vyhoření je vnímáno jako dlouhodobý proces, který se vyvíjí v následujících fázích:

- **Idealistické nadšení-** Jedinec pracuje s maximálním nasazením, má velké ideály, ale s nereálnými nároky kladenými na sebe i své okolí.
- **Stagnace-** nyní se jedinec seznámil dostatečně s realitou a začíná přehodnocovat své počáteční ideály. Do popředí se dostávají věci, které pro něj nebyly důležité (plat, možnosti karierního růstu).
- **Frustrace-** postupem času jedinec zjišťuje, jak jsou jeho možnosti omezené a pochybuje o smyslu své práce. Uvědomuje si svoji bezmocnost, přičemž vzrůstá jeho zklamání.

- **Apatie**- přichází jako obranná reakce proti frustraci a nastupuje vnitřní rezignace. Jedinec se začne vyhýbat náročným úkolům i kontaktu s klienty. Počáteční nadšení se zcela vytratí a přidávají se pocity rezignace, popřípadě zoufalství. (STOCK, 2010)

6. 2 PŘÍZNAKY SYNDROMU VYHOŘENÍ

Jednotlivé příznaky syndromu vyhoření se člení do různých úrovní. Projevují se na úrovni psychické, fyzické a na úrovni sociálních vztahů. (PTÁČEK, 2013)

6. 2. 1 SYNDROM VYHOŘENÍ NA PSYCHICKÉ ÚROVNI

U syndromu vyhoření na psychické úrovni vládne pocit, že dlouhé a namáhavé úsilí je v porovnání s vynaloženou námahou nepatrné. Výrazný pocit celkového, hlavně duševního vyčerpání, kterému dominuje emoční exhausce, vyčerpání v kognitivní oblasti společně s významným poklesem až ztrátou motivace. Převažují depresivní nálady, pocity smutku, frustrace, bezvýchodnosti, beznaděje a emocionální oploštělosti. Dochází k celkovému utlumení aktivity, ale hlavně k omezení spontaneity, kreativity, iniciativy a invence. Objevují se mínění o vlastní postradatelnosti až bezcennosti, příznaky negativismu, cynismu a hostility ve vztahu k osobám, které jsou součástí profesionální práce s lidmi a vnímání jich jako objektů. Pokles zájmu až naprostá ztráta o témata, které souvisí s profesí, také negativní hodnocení instituce, kde je profese vykonávána. Může se objevit pocit sebelítosti, intenzivní prožitek nedostatku uznání, iritabilita, vztahovačnost a pokles činnosti na rutinní postupy (svou práci vykonává dále, ale bez zájmu) a užívání stereotypních frází a klišé. (PTÁČEK, 2013)

6. 2. 2 SYNDROM VYHOŘENÍ NA FYZICKÉ ÚROVNI

U fyzické úrovně převažuje stav celkové únavy organismu, apatie, ochablosti a rychlá unavitelnost. Také mohou být vegetativní obtíže, jako například bolesti u srdce, změny srdeční frekvence, zažívací obtíže, dýchací obtíže a bolesti hlavy, které jsou mnohdy nespecifikovatelné. Objevují se poruchy krevního tlaku, poruchy spánku nebo přetrvávající celková tenze. Je zde zvýšené riziko vzniku závislostí všeho druhu. (PTÁČEK, 2013)

6. 2. 3 SYNDROM VYHOŘENÍ NA ÚROVNI SOCIÁLNÍCH VZTAHŮ

Na této úrovni může dojít k útlumu sociálních vztahů, postižený nejeví zájem o hodnocení ze strany druhých osob. Člověk prožívající syndrom vyhoření má významné tendence redukovat kontakty jak s klienty, tak i s kolegy. Má nechuť k vykonávané profesi a všemu co s ní souvisí, je málo empatický a mnohdy se může dostat do konfliktů vyvolaných spíše v důsledku nezájmu, lhostejnosti a tzv. sociální apatie ve vztahu k okolí. Jeho myšlení má sociálně deficitní konkrétně- operační styl. (PTÁČEK, 2013)

6. 3 DUŠEVNÍ HYGIENA

U profesí pracujících s lidmi, je důležité si udržet jistý odstup od klientů. Profesionálové se pomáhají různými technikami, například:

- Zdravotník se může odosobnit, kdy se nemocný stává kauzou, určitou diagnózou, pacientem aj.
- Zdravotník může o klientovi hovořit vysoce racionálně, bez emocí, bez osobního zájmu.
- Zdravotník se může izolovat, jasným rozlišením profesionálního přístupu k nemocným od přístupu k ostatním lidem.

Při duševní hygieně je velmi důležité nepotlačovat své pocity, ale mluvit o nich otevřeně. Je možnost zajít do poradny, či svoje pocity probrat s kolegou. Je důležité, aby si zdravotník během pracovního dne zařadil přestávky a využil je k regeneraci sil, jednak tělesným cvičením, tak relaxací nebo meditací. Součástí dobrého fungování zdravotníka je oddělit pracovní život od osobního. (KEBZA, 1998)

Mezi další velmi důležité součásti obrany proti syndromu vyhoření patří semináře, školení, kultivace komunikace a vztahů na pracovišti atd. Velmi účinným nástrojem boje proti syndromu vyhoření u pracovníků v pomáhajících profesích je supervize a koučing.

PRAKTICKÁ ČÁST

7 METODIKA

Námět na průzkumný problém

Vzdělanost, orientace a zájem o zefektivnění psychické podpory onkologických pacientů, psychické prožívání nemoci a komunikaci s pacientem u radiologických asistentů na radioterapeutickém oddělení.

Cíl a hodnota dotazníkového šetření

Cílem dotazníkového šetření je zjistit, zda je přístup radiologických asistentů dostatečně individuální, empatický a psychicky přínosný pro pacienty.

Zkoumaný soubor

- Dotazníkové šetření bude cílené
- Základní soubor tvoří 50 respondentů (muži i ženy) ve věkovém rozmezí od 15 let do 65 let a více

Zkoumaná oblast

- Pacienti Ústavu radiační onkologie, oddělení teleradioterapie, Nemocnice Na Bulovce

Časové rozmezí

- Dotazníkové šetření bylo prováděno od 15. 1. do 15. 2. 2014

Metody a techniky

- Při průzkumném šetření bylo použito dotazníkové metody
- Dotazník je strukturovaný
- Je použita forma zavřených dotazníkových položek
- Dotazník obsahuje 20 otázek
- Byl rozdán v počtu 50, návratnost byla 100%

Průzkumný tým

- Individuální průzkum
- Zpracovatel- Martina Sudová

Zpracování

- Získaná data byla zodpovědně vytríděna a zpracována kvantitativní metodou, vyjádřena v absolutních četnostech
- Jednotlivé položky jsou zpracovány do přehledných grafů a tabulek s procentuálním vyjádřením

Organizační zabezpečení

- Zvolený časový prostor je jeden měsíc měsíc
- Průzkumné šetření bude financováno z vlastních prostředků průzkumníka

Hypotézy

H 1- Pacienti jsou spokojeni s přístupem a informovaností radiologických asistentů.

H 2- Radiologičtí asistenti mají dostatečně individuální přístup k pacientům.

H 3- Radiologičtí asistenti jsou dostatečně empatičtí a jsou přínosem pro psychiku pacientů .

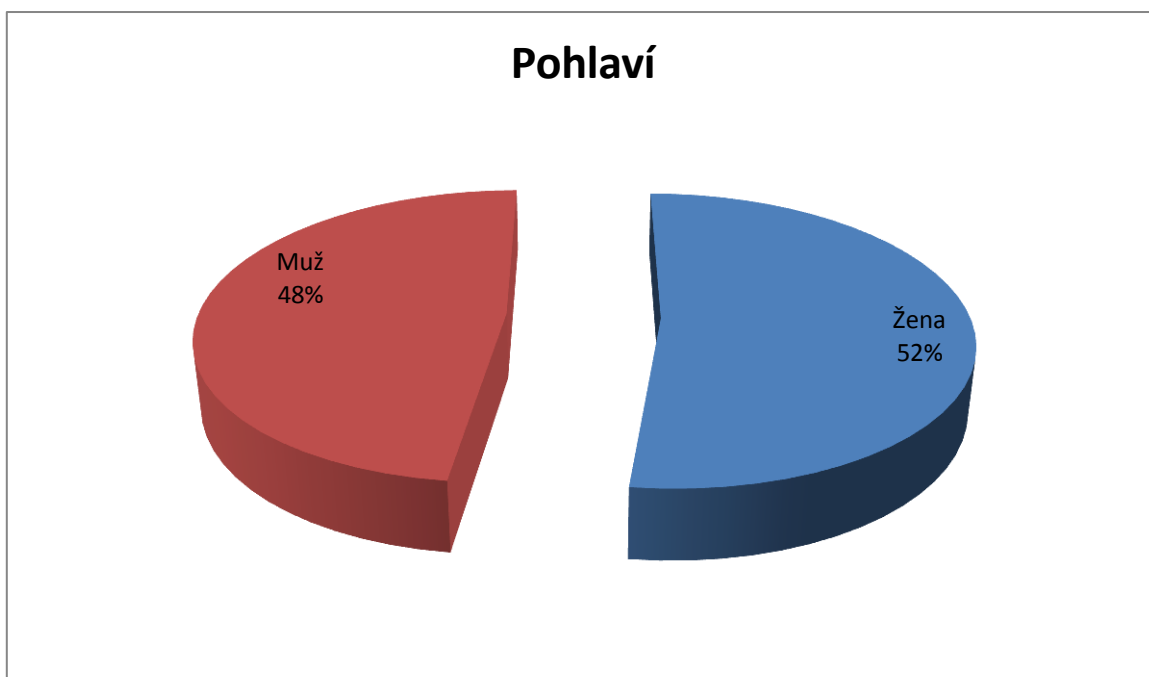
8 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Otázka č. 1- Vaše pohlaví?

Tabulka 1 Definiuje pohlaví respondentů

| Pohlaví | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|---------------|-------------------|-----------------------|
| Žena | 26 | 52 |
| Muž | 24 | 48 |
| Celkem | 50 | 100 |

Graf 1 Znázorňuje pohlaví respondentů



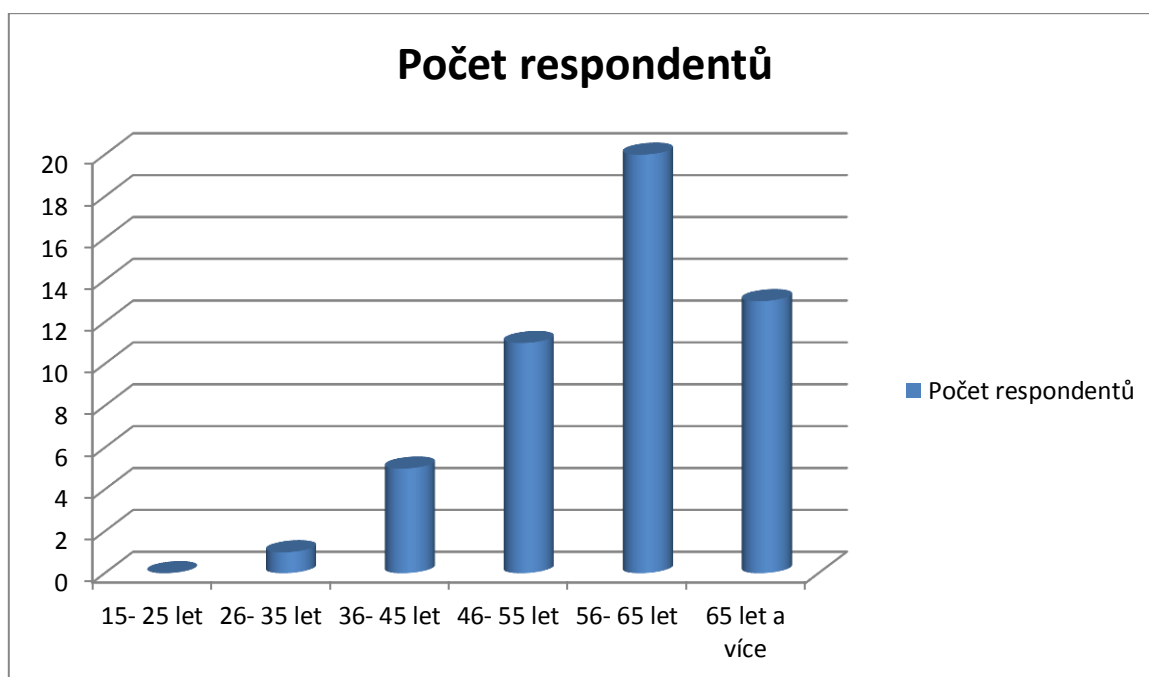
Dotazníkového šetření se zúčastnilo 52% žen a 48% mužů.

Otázka č. 2- Věková kategorie, do které se řadíte

Tabulka 2 Definiuje věk zúčastněných respondentů

| Věk v letech | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|---------------|-------------------|-----------------------|
| 15-25 | 0 | 0 |
| 26-35 | 1 | 2 |
| 36-45 | 5 | 10 |
| 46-55 | 11 | 22 |
| 56-65 | 20 | 40 |
| 65 a více | 13 | 26 |
| Celkem | 50 | 100 |

Graf 2 Znázorňuje věk zúčastněných respondentů



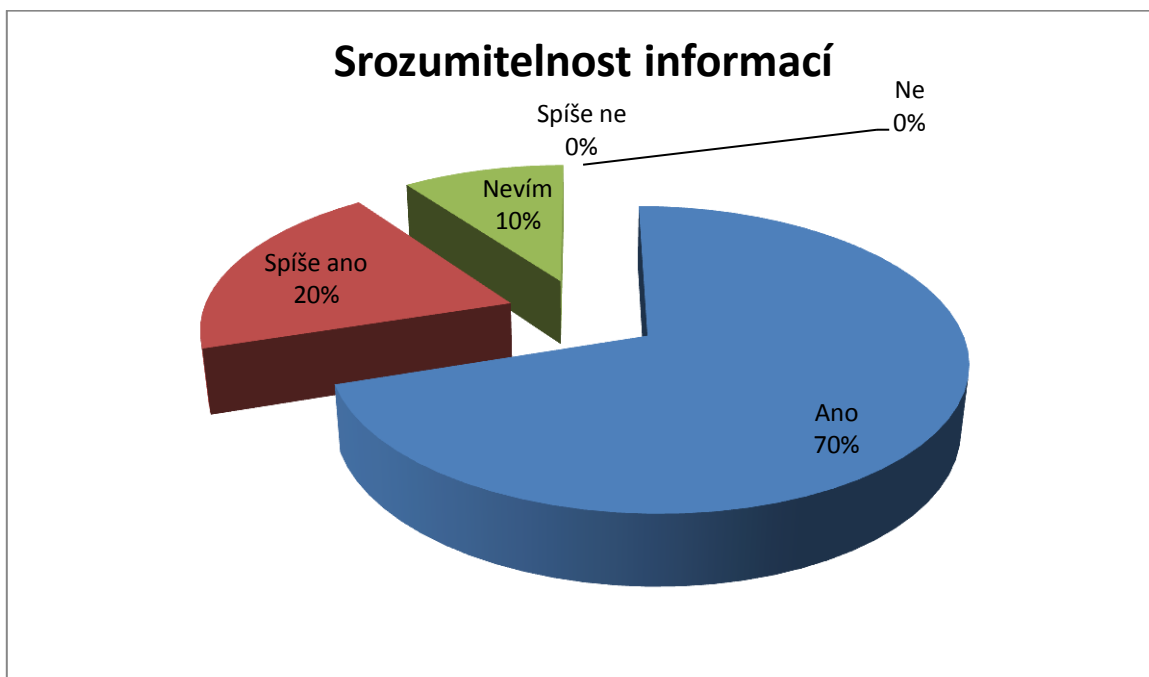
Respondenti byli rozdělení do šesti věkových kategorií. Největší zastoupení bylo ve věkové kategorii 56- 65 let a to s počtem 20 respondentů (40%). Dále množství respondentů ubývalo: 65 let a více 13 respondentů (26%), 46- 55 let 11 respondentů (22%), 36- 45 let 5 respondentů (10%), ve věkových kategoriích 26- 35 let 1 respondent (2%) a 15- 25 let žádný respondent.

Otázka č. 3- Dostal/a jste dostatečně srozumitelné informace podané radiologickými asistenty na tomto pracovišti?

Tabulka 3 Definuje, zda respondent dostal od radiologických asistentů srozumitelně podané informace

| Srozumitelnost informací | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|--------------------------|-------------------|-----------------------|
| Ano | 35 | 70 |
| Spíše ano | 10 | 20 |
| Nevím | 5 | 10 |
| Spíše ne | 0 | 0 |
| Ne | 0 | 0 |
| Celkem | 50 | 100 |

Graf 3 Znáznorňuje, zda respondent dostal od radiologických asistentů srozumitelně podané informace



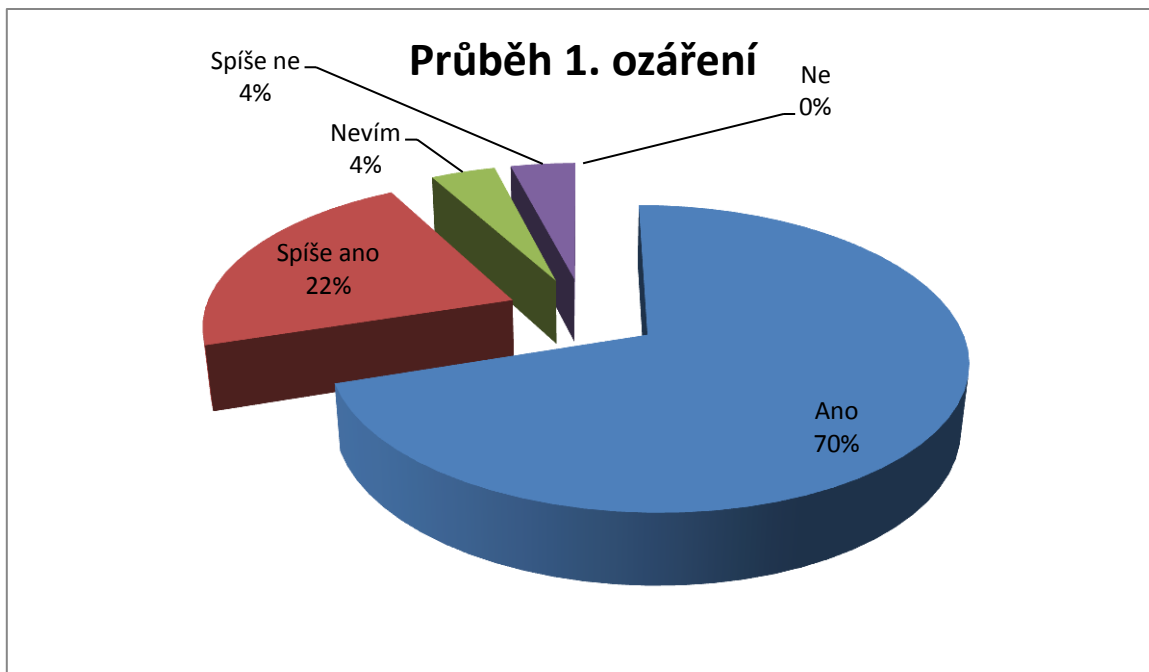
Z grafického znázornění vyplývá, že většina respondentů- 35 (70%) udává v otázce, zda pacient dostal od radiologických asistentů srozumitelně podané informace odpověď ano. Odpověď spíše ano udává 10 respondentů (20%), odpověď nevím 5 respondentů a odpovědi spíše ne a ne neudává nikdo.

Otázka č. 4- Byl/a jste dostatečně informován/a radiologickým asistentem o průběhu 1. ozáření a následujících?

Tabulka 4 Definuje, zda byl respondent dostatečně informován o průběhu 1. ozáření

| Průběh 1. ozáření | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|-------------------|-------------------|-----------------------|
| Ano | 35 | 70 |
| Spíše ano | 11 | 22 |
| Nevím | 2 | 4 |
| Spíše ne | 2 | 4 |
| Ne | 0 | 0 |
| Celkem | 50 | 100 |

Graf 4 Zobrazuje, zda byl respondent dostatečně informován o průběhu 1. ozáření



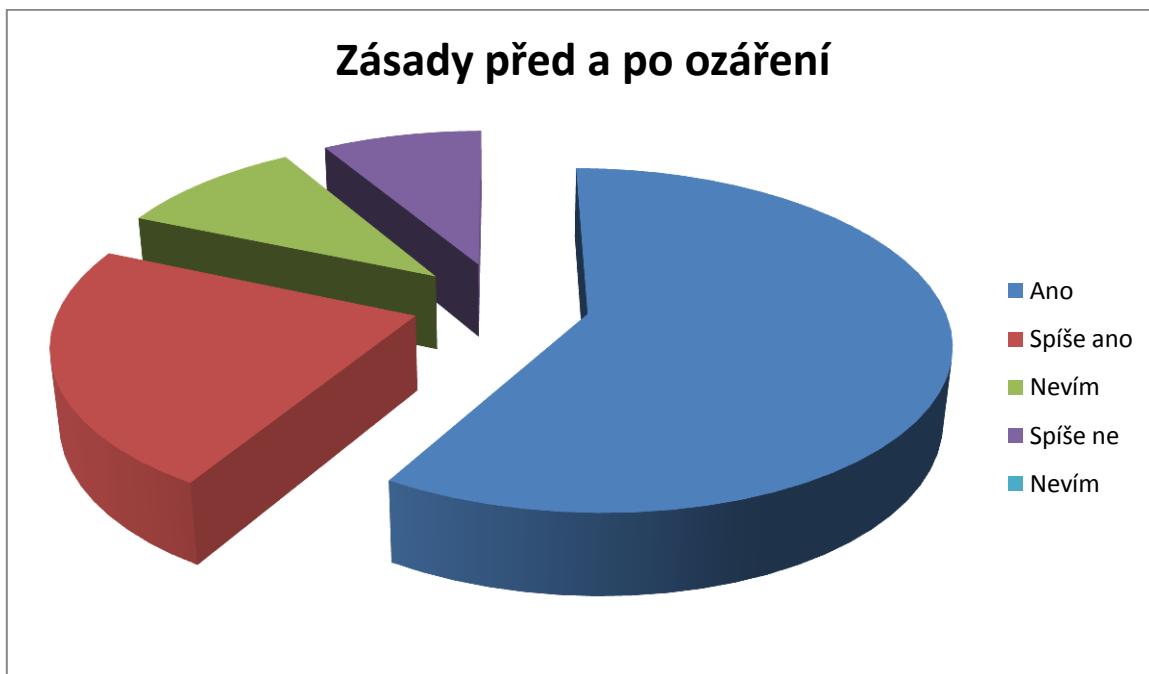
35 respondentů (70 %) uvádí, že byli dostatečně informováni o průběhu 1. ozáření a následujících. 10 respondentů (20%) uvádí odpověď spíše ano, 2 respondenti (4%) uvádí odpověď nevím a také odpověď spíše ne uvedli 2 respondenti. Nejmenší zastoupení byla odpověď ne, což uvedlo žádný respondent.

Otázka č. 5- Bylo Vám objasněno radiologickými asistenty, jaké zásady dodržovat před a po ozáření?

Tabulka 5 Definiuje, zda respondentům bylo objasněno, jaké zásady dodržovat před a po ozáření.

| Zásady před a po ozáření | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|--------------------------|-------------------|-----------------------|
| Ano | 30 | 60 |
| Spíše ano | 14 | 28 |
| Nevím | 4 | 8 |
| Spíše ne | 2 | 4 |
| Ne | 0 | 0 |
| Celkem | 50 | 100 |

Graf 5 Zobrazuje, zda respondentům bylo objasněno, jaké zásady dodržovat před a po ozáření.



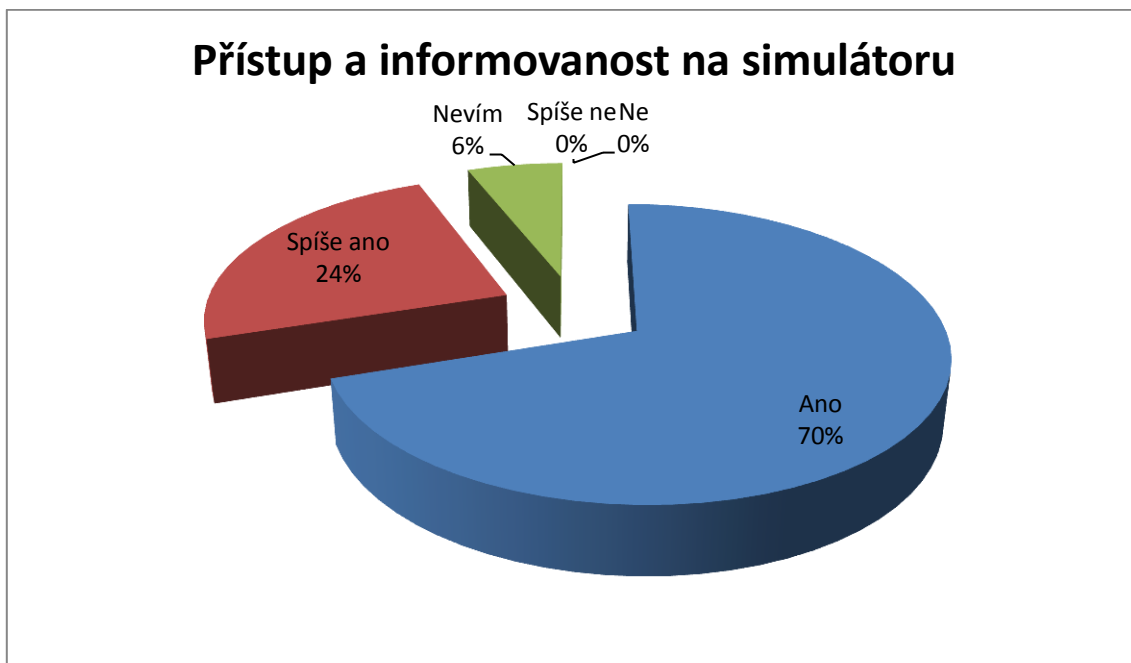
Většina respondentů- 30 (60%) udává, že jim bylo objasněno, jaké zásady dodržovat před a po ozáření. Odpověď spíše ano udává 14 respondentů (28%), odpověď nevím 4 respondenti (8%) a 2 respondenti (4%) udávají odpověď spíše ne. Nedostatečné objasnění neuvedl nikdo.

Otázka 6- Jste spokojen/a s přístupem, informovaností a průběhem na simulátoru?

Tabulka 6 Definiuje, zda byl respondent spokojen s přístupem, informovaností a průběhem na simulátoru

| Přístup a informovanost na simulátoru | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|---------------------------------------|-------------------|-----------------------|
| Ano | 35 | 70 |
| Spíše ano | 12 | 24 |
| Nevím | 3 | 6 |
| Spíše ne | 0 | 0 |
| Ne | 0 | 0 |
| Celkem | 50 | 100 |

Graf 6 Znáznorňuje, zda byl respondent spokojen s přístupem, informovaností a průběhem na simulátoru



Na otázku, zda jsou respondenti spokojeni s přístupem, informovaností a průběhem na simulátoru, odpovědělo 35 respondentů (70%) ano, 12 respondentů (24%) spíše ano, 3 respondentů (6%) nevím. Odpověď spíše ne a ne nevyužil žádný respondent.

Otázka 7- Jste seznámen/a s pomůckou a polohou v které jste ozářen/a?

Tabulka 7 Definuje, zda byl respondent seznámen s pomůckou a polohou v které jste ozářen

| Pomůcka a poloha při ozáření | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|-------------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Ano | 35 | 70 |
| Spíše ano | 12 | 24 |
| Nevím | 2 | 4 |
| Spíše ne | 1 | 2 |
| Ne | 0 | 0 |
| Celkem | 50 | 100 |

Graf 7 Zobrazuje, zda byl respondent seznámen s pomůckou a polohou v které jste ozářen



Nejčastější odpovědí na otázku, zda byli respondenti seznámeni s pomůckou a polohou v které jsou ozářeni, byla odpověď ano, což odpovědělo 35 respondentů (70 %), spíše ano odpovědělo 12 respondentů (24%), nevím odpověděli 2 respondenti (4%) a spíše ne uvedl 1 respondent (2%) a ne neodpověděl nikdo.

Otázka 8- Působí na Vás příjemně prostředí tohoto pracoviště?

Tabulka 8 Definiuje, zda na respondenty působí pracoviště příjemně

| Pracoviště | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|---------------|-------------------|-----------------------|
| Ano | 17 | 34 |
| Spíše ano | 9 | 18 |
| Nevím | 4 | 8 |
| Spíše ne | 12 | 24 |
| Ne | 8 | 16 |
| Celkem | 50 | 100 |

Graf 8 Znáznorňuje, zda na respondenty působí pracoviště příjemně



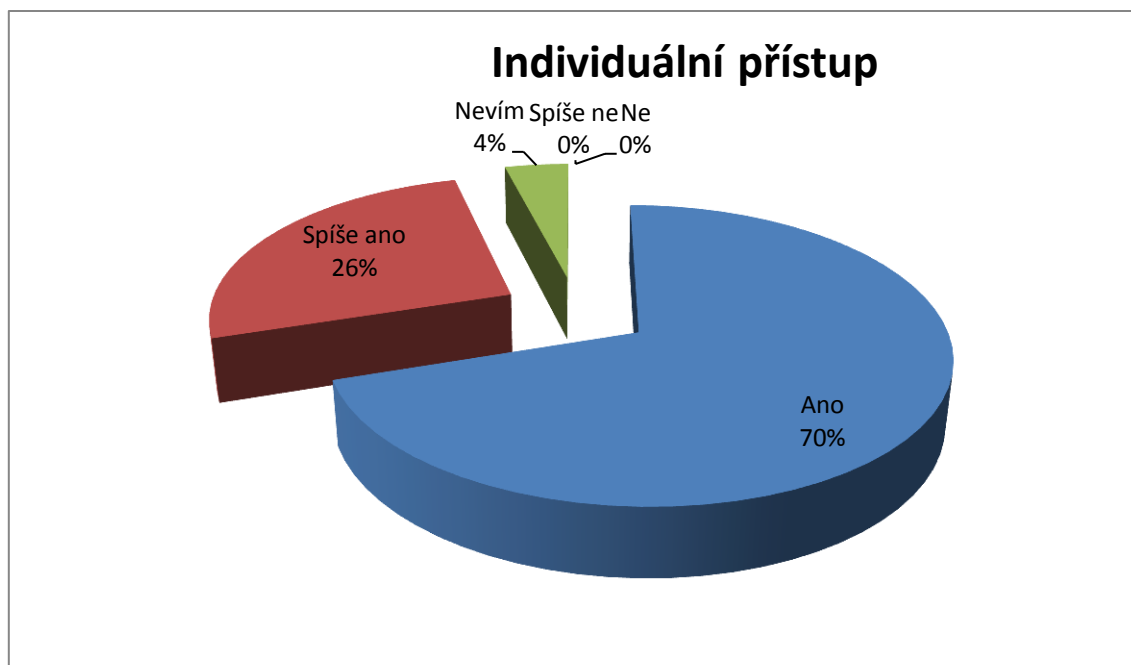
V otázce, zda na pacienty působí pracoviště příjemně- 17 respondentů (34 %) uvedlo odpověď ano, 9 respondentů (18%) uvedlo spíše ano. 4 respondenti (8%) uvedli odpověď nevím, není to pro mě důležité, odpověď spíše ne uvedlo 12 respondentů (24%) a odpověď ne uvedlo 8 respondentů (16%).

Otázka 9- Mají radiologičtí asistenti dostatečně individuální přístup k Vaší osobě (je středem zájmu během ozařování Vaše osoba)?

Tabulka 9 Definuje, zda radiologičtí asistenti mají dostatečně individuální přístup k respondentům

| Individuální přístup | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|----------------------|-------------------|-----------------------|
| Ano | 35 | 70 |
| Spíše ano | 13 | 26 |
| Nevím | 2 | 4 |
| Spíše ne | 0 | 0 |
| Ne | 0 | 0 |
| Celkem | 50 | 100 |

Graf 9 Zobrazuje, zda radiologičtí asistenti mají dostatečně individuální přístup k respondentům



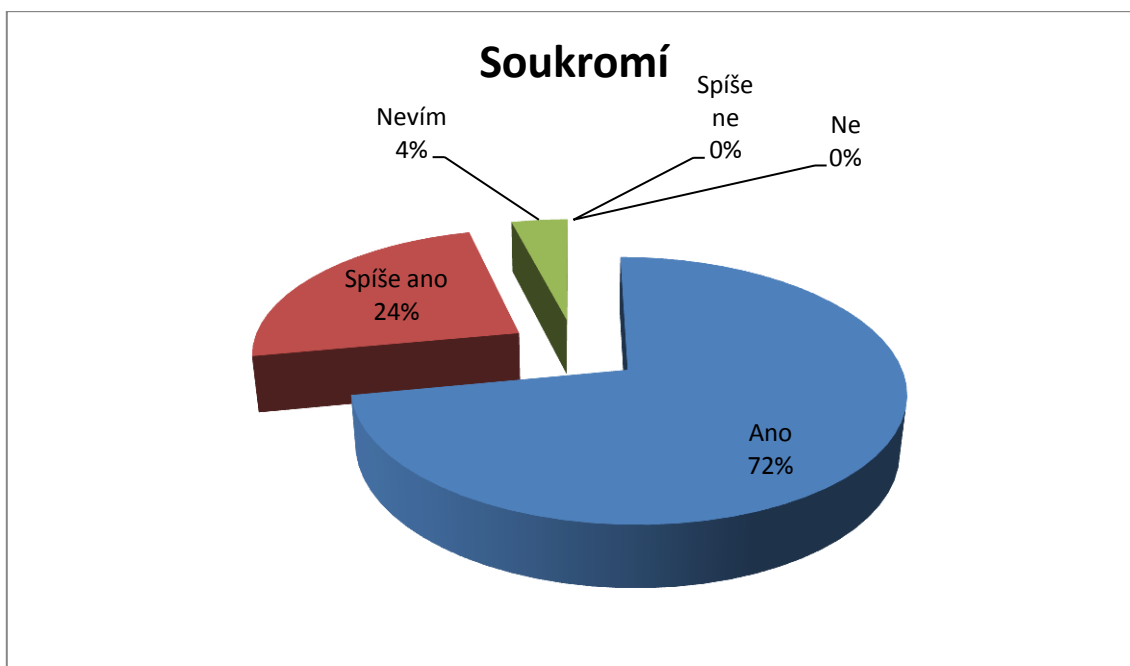
Na otázku, zda radiologičtí asistenti mají dostatečně individuální přístup k jejich osobě, odpovědělo 35 respondentů (70%) ano, spíše ano odpovědělo 13 respondentů (26%) a 2 respondenti (4%) udávájí neví. Odpověď spíše ne a ne nevyužil nikdo.

Otázka č. 10- Máte dostatek soukromí během ozáření?

Tabulka 10 Definuje, zda respondent má během ozáření dostatek soukromí

| Soukromí | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|---------------|-------------------|-----------------------|
| Ano | 36 | 72 |
| Spíše ano | 12 | 24 |
| Nevím | 2 | 4 |
| Spíše ne | 0 | 0 |
| Ne | 0 | 0 |
| Celkem | 50 | 100 |

Graf 10 Znázorňuje, zda respondent má během ozáření dostatek soukromí



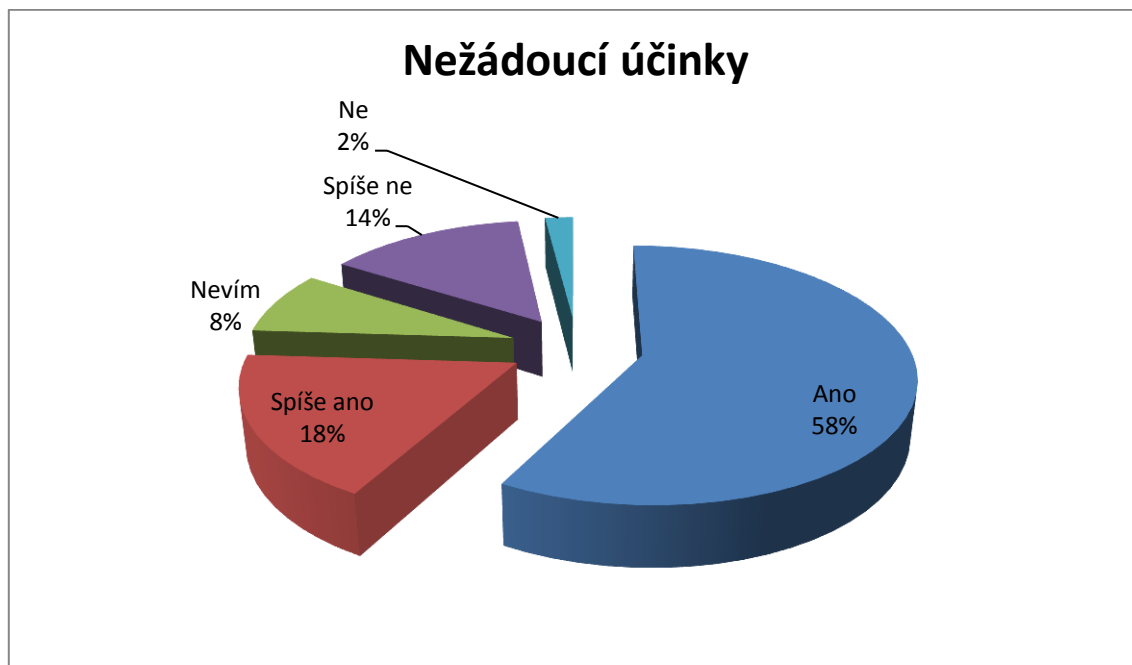
Z grafického znázornění můžeme vidět, že 36 respondentů (72%) uvedlo ano, 12 respondentů (24 %) uvedlo spíše ano. Odpověď nevím uvedli 2 respondenti (4%). Spíše ne a ne opět nevyužil žádný respondent.

Otázka 11- Byl/a jste seznámen/a radiologickými asistenty o nežádoucích účincích?

Tabulka 11 Definuje, zda byl respondent seznámen radiologickými asistenty o nežádoucích účincích

| Nežádoucí účinky | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|------------------|-------------------|-----------------------|
| Ano | 29 | 58 |
| Spíše ano | 9 | 18 |
| Nevím | 4 | 8 |
| Spíše ne | 7 | 14 |
| Ne | 1 | 2 |
| Celkem | 50 | 100 |

Graf 11 Zobrazuje, zda byl respondent seznámen radiologickými asistenty o nežádoucích účincích



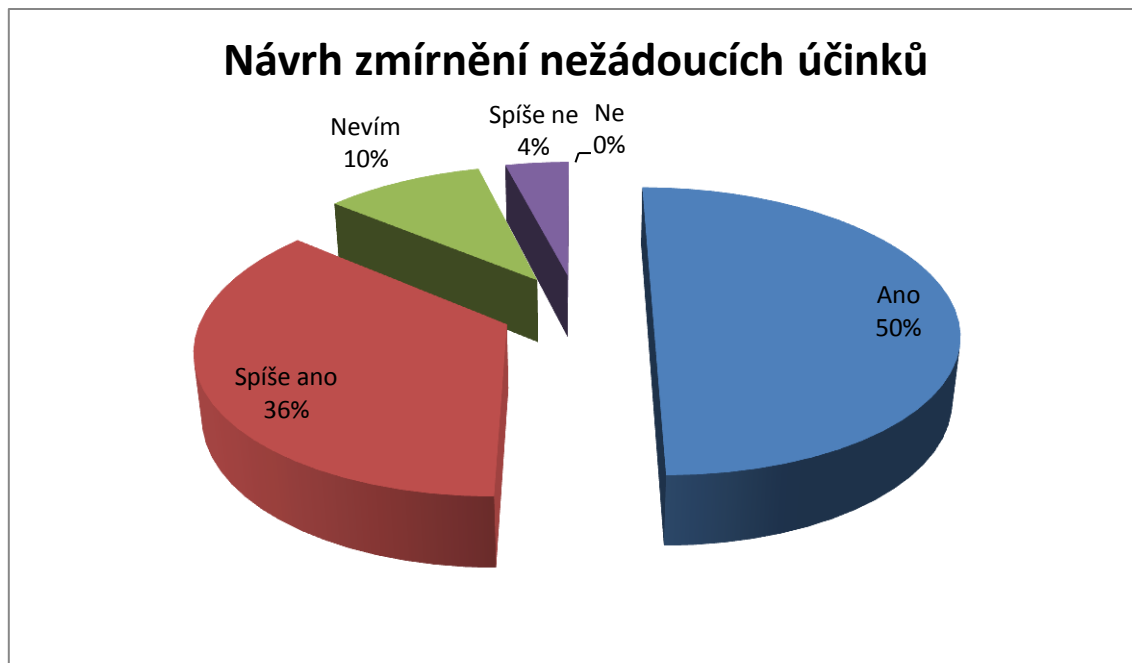
29 respondentů (58%) uvádí, že byli dostatečně informováni o průběhu 1. ozáření a následujících, 9 respondentů (18%) uvádí odpověď spíše ano, 4 respondenti (8%) uvádí odpověď nevím a odpověď spíše ne uvádí 7 respondentů. Nejmenší zastoupení měla odpověď ne, což uvedl 1 respondent (2%).

Otázka 12- V případě projevení nežádoucích účinků, byl/a jste náležitě informován/a o jejich zmírnění?

Tabulka 12 Definuje, zda byl respondent v případě projevení nežádoucích účinků náležitě informován o jejich zmírnění

| Projevy nežádoucích účinků | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|----------------------------|-------------------|-----------------------|
| Ano | 25 | 50 |
| Spíše ano | 18 | 36 |
| Nevím | 5 | 10 |
| Spíše ne | 2 | 4 |
| Ne | 0 | 0 |
| Celkem | 50 | 100 |

Graf 12 Znárodnuje, zda byl respondent v případě projevení nežádoucích účinků náležitě informován o jejich zmírnění



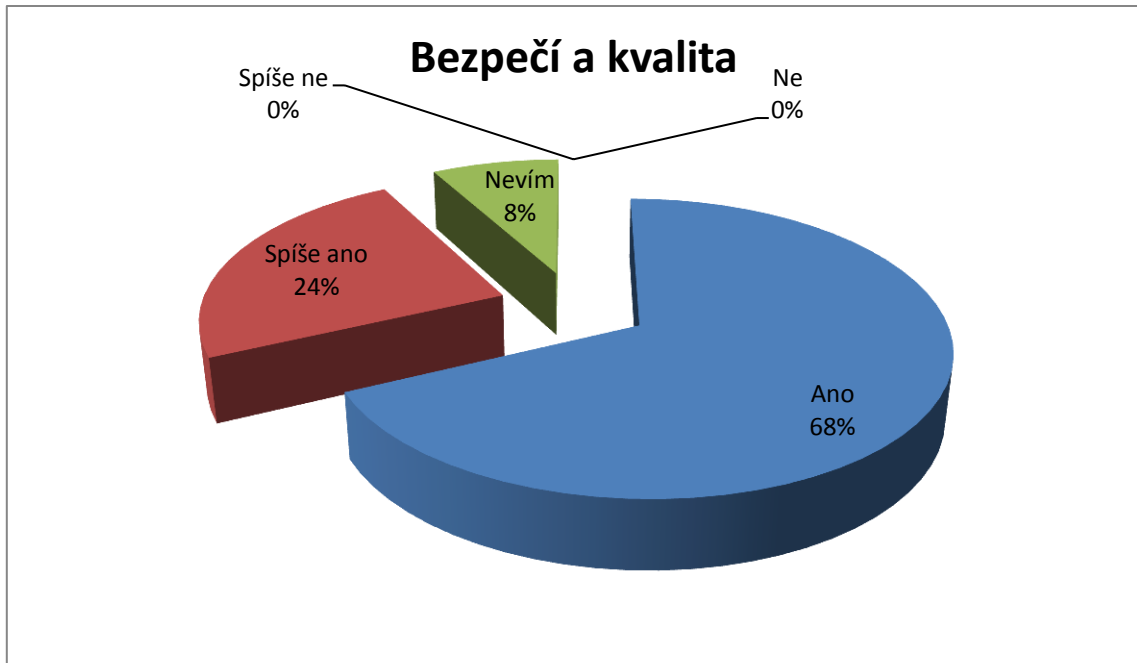
Na otázku č. 12 odpovědělo 25 respondentů (50%) ano, 18 respondentů (36%) spíše ano, 5 respondentů (10%) neví a 2 respondenti spíše nebyli obeznámeni o zmírnění nežádoucích účinků.

Otázka 13- Cítíte se během samotného ozáření bezpečně a kvalitně polohování?

Tabulka 13 Definuje, zda se respondent během ozáření cítí bezpečně a kvalitně polohován

| Bezpečí a kvalita | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|-------------------|-------------------|-----------------------|
| Ano | 34 | 68 |
| Spíše ano | 12 | 24 |
| Nevím | 4 | 8 |
| Spíše ne | 0 | 0 |
| Ne | 0 | 0 |
| Celkem | 50 | 100 |

Graf 13 Znárodnuje, zda se respondent bēhem ozāření cītí bezpečně a kvalitně polohován



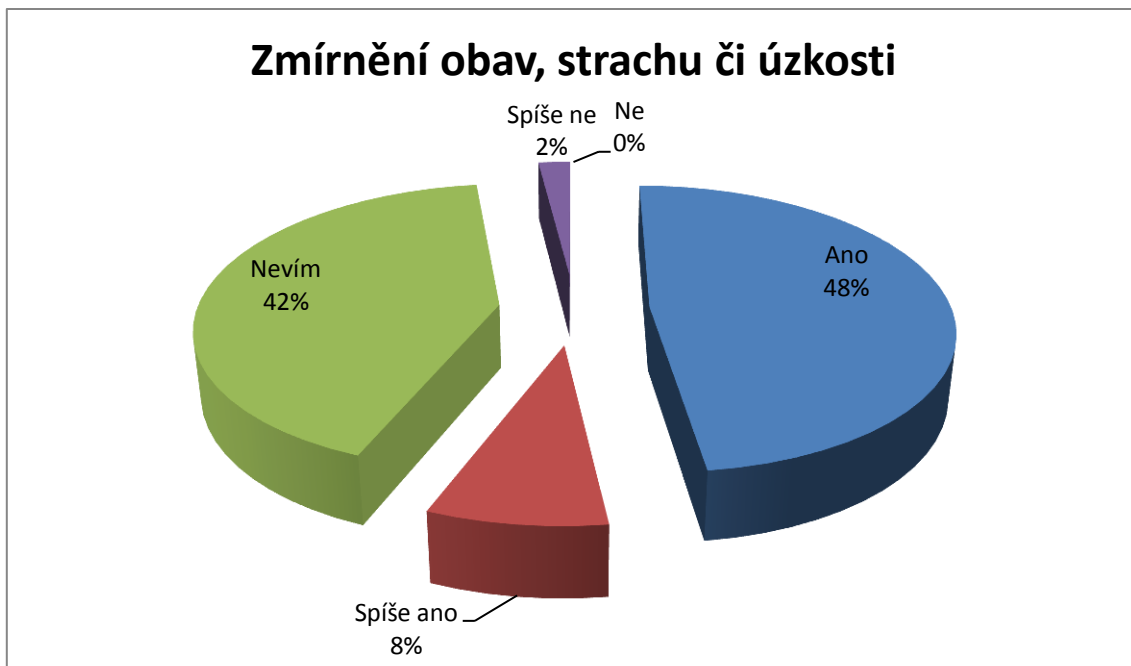
V otázce, zda se pacient bēhem ozāření cītí bezpečně a kvalitně polohován – 34 respondentů (68%) uvedlo odpověď ano, 12 respondentů (24%) uvedlo spíše ano a 4 respondenti (8%) uvedli odpověď nevím. Odpověď spíše ne a ne zůstala nevyužita.

Otázka 14- Pokud se vyskytli bēhem ozāření případné obavy, úzkost strach či jiné negativní emoce, byli je radiologičtí asistenti schopni zmírnit?

Tabulka 14 Definuje, zda byli radiologičtí asistenti schopni zmírnit obavy, úzkost strach či jiné negativní emoce respondentů

| Zmírnění obav, strachu či úzkosti | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|-----------------------------------|-------------------|-----------------------|
| Ano | 24 | 48 |
| Spíše ano | 4 | 8 |
| Nevím | 21 | 42 |
| Spíše ne | 1 | 2 |
| Ne | 0 | 0 |
| Celkem | 50 | 100 |

Graf 14 Zobrazuje, zda byli radiologičtí asistenti schopni zmírnit obavy, úzkost strach či jiné negativní emoce respondentů



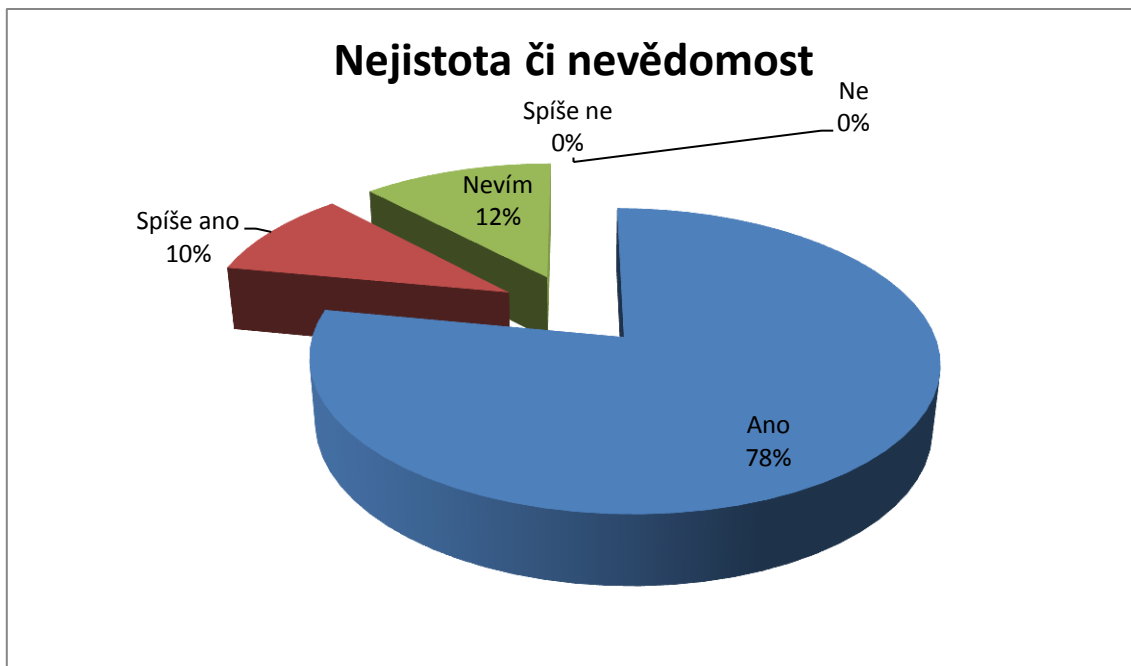
Na otázku č. 14, zda byli radiologičtí asistenti schopni zmírnit obavy, úzkost strach či jiné negativní emoce respondentů- 24 respondentů (48%) uvedlo odpověď ano, 4 respondenti (8 %) uvedlo spíše ano. 21 respondentů (42%) uvedlo odpověď nevím a odpověď spíše ne uvedl 1 respondent (2%). Odpověď ne neuvedl žádný z dotazovaných.

Otázka 15- Při nejistotě či nevědomosti jste ochoten se obrátit na radiologického asistenta?

Tabulka 15 Definiuje, zda respondent je ochoten se obrátit na radiologického asistenta při nejistotě či nevědomosti

| Nejistota či nevědomost | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|-------------------------|-------------------|-----------------------|
| Ano | 39 | 78 |
| Spíše ano | 5 | 10 |
| Nevím | 6 | 12 |
| Spíše ne | 0 | 0 |
| Ne | 0 | 0 |
| Celkem | 50 | 100 |

Graf 15 Zobrazuje, zda respondent je ochoten se obrátit na radiologického asistenta při nejistotě či nevědomosti



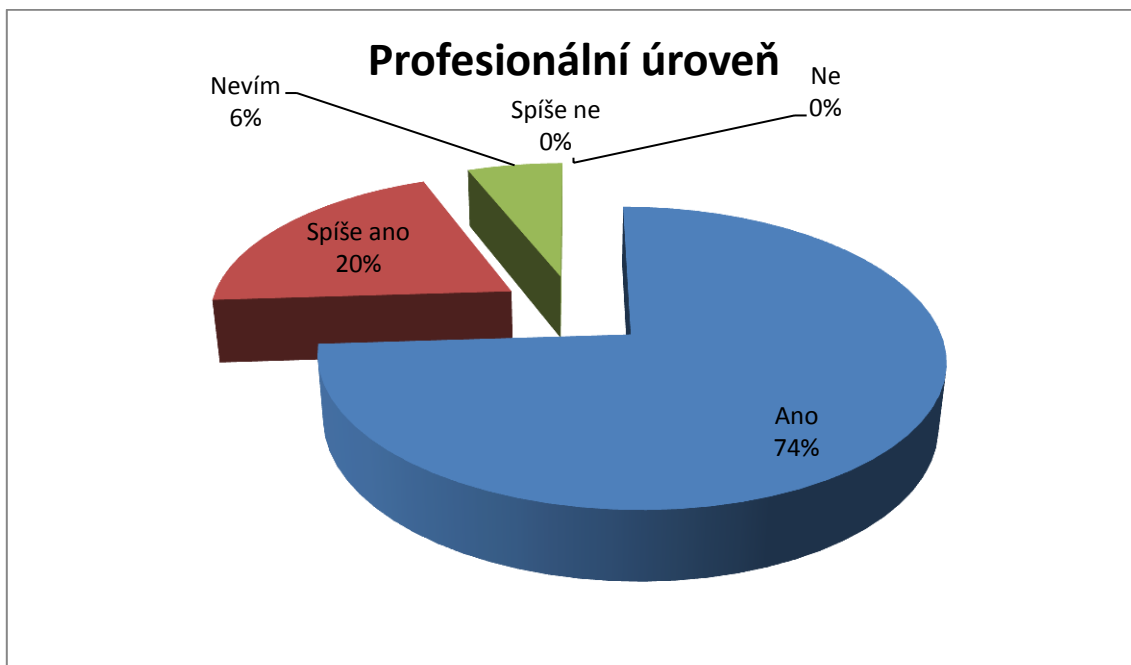
Většina respondentů 39 (78%) je ochotna se obrátit na radiologické asistenty při nejistotě a nevědomosti. 5 respondentů (10%) uvádí odpověď spíše ano a 6 respondentů (12%) se raději obrátí na jiný zdroj.

Otázka 16- Myslíte si, že jsou radiologičtí asistenti na dobré profesionální úrovni?

Tabulka 16 Definuje, zda si respondent myslí, že jsou radiologičtí asistenti na dobré profesionální úrovni

| Profesionální úroveň | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|----------------------|-------------------|-----------------------|
| Ano | 37 | 74 |
| Spíše ano | 10 | 20 |
| Nevím | 3 | 6 |
| Spíše ne | 0 | 0 |
| Ne | 0 | 0 |
| Celkem | 50 | 100 |

Graf 16 Znárodnuje, zda si respondent myslí, že jsou radiologičtí asistenti na dobré profesionální úrovni



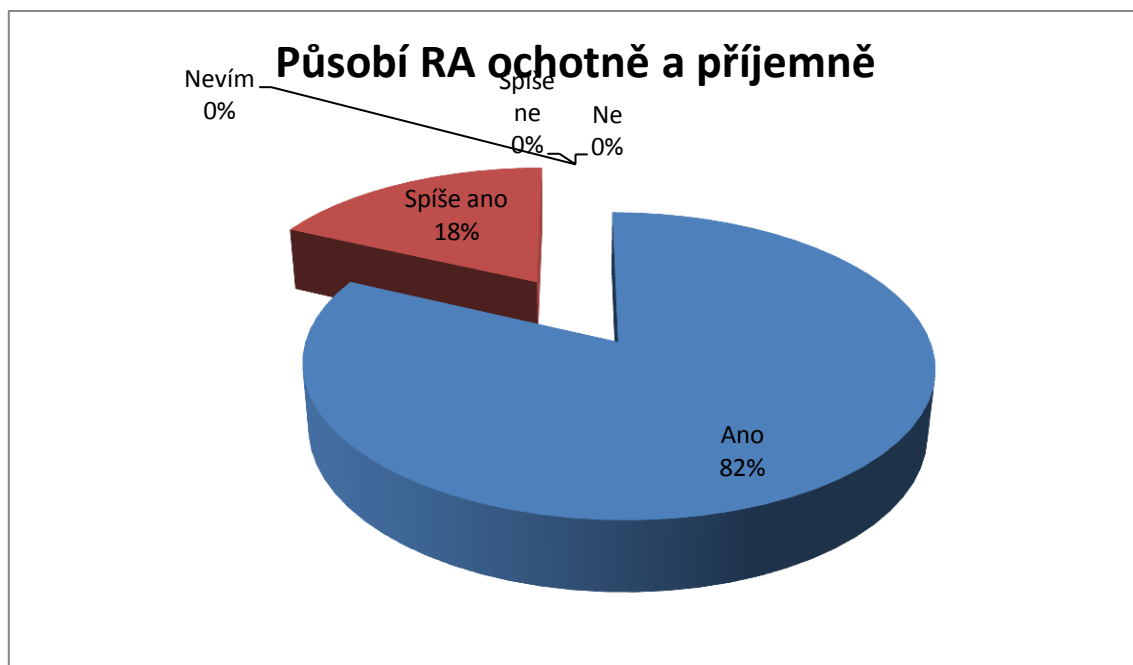
Nejčastější odpovědí na otázku, zda si respondent myslí, že jsou radiologičtí asistenti na dobré profesionální úrovni, byla odpověď ano, což odpovědělo 37 respondentů (74%), spíše ano odpovědělo 10 respondentů (20%), nevím odpovědělo 3 respondenti (6%) Odpověď ne a spíše ne neuváděl nikdo.

Otázka 17- Působí na Vás radiologičtí asistenti ochotně a příjemně?

Tabulka 17 Definuje, zda radiologičtí asistenti působí na respondenta ochotně a příjemně

| Působí RA ochotně a příjemně | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|------------------------------|-------------------|-----------------------|
| Ano | 41 | 82 |
| Spíše ano | 9 | 18 |
| Nevím | 0 | 0 |
| Spíše ne | 0 | 0 |
| Ne | 0 | 0 |
| Celkem | 50 | 100 |

Graf 17 Známoňuje, zda radiologičtí asistenti působí na respondenta ochotně a příjemně



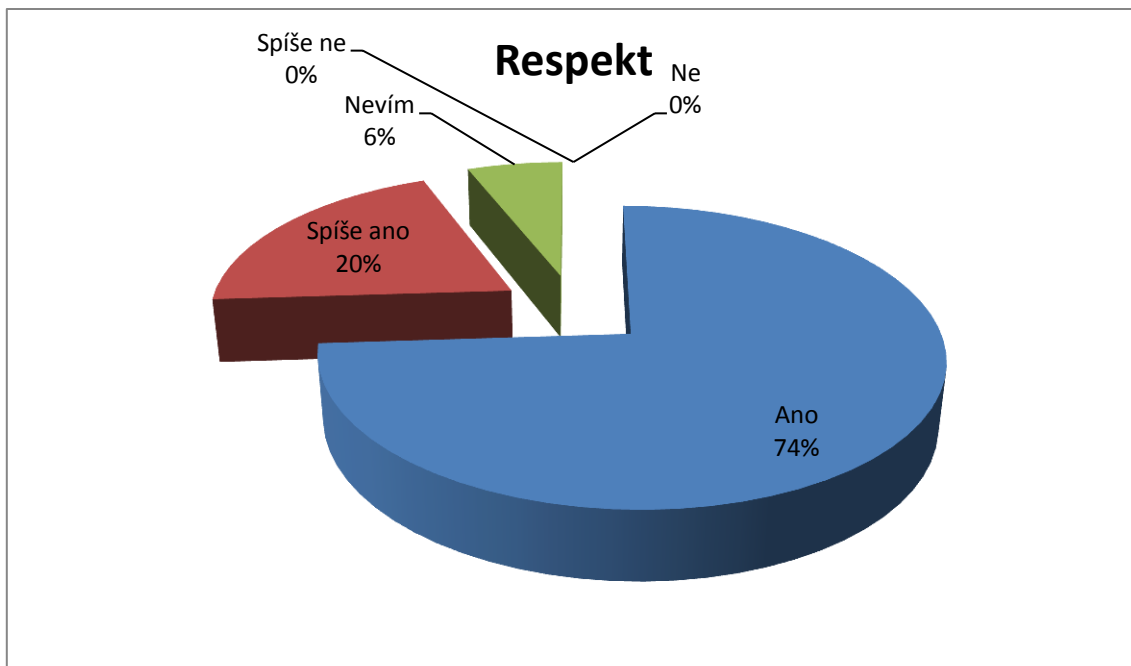
Z grafického znázornění může vyčíst, že na 41 respondentů (82%) radiologičtí asistenti působí ochotně a příjemně a zbylých 9 respondentů (18%) odpovědělo spíše ano. Jiná odpověď nebyla využita

Otázka 18- Dostává se Vám dostatečného respektu vůči své osobě jako lidské bytosti?

Tabulka 18 Definuje, zda se dostává respondentům dostatečného respektu

| Respekt | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|---------------|-------------------|-----------------------|
| Ano | 37 | 74 |
| Spíše ano | 10 | 20 |
| Nevím | 3 | 6 |
| Spíše ne | 0 | 0 |
| Ne | 0 | 0 |
| Celkem | 50 | 100 |

Graf 18 Zobrazuje, zda se dostává respondentům dostatečného respektu



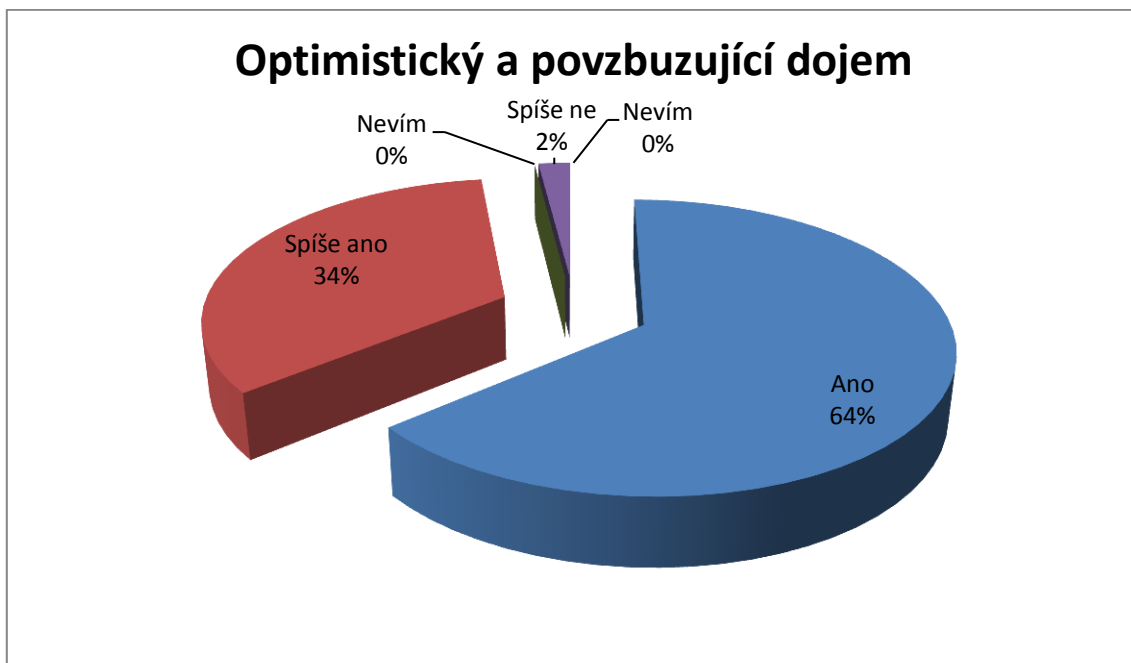
Většina respondentů- 37 (74%) udává, že se jim dostávalo dostatečného respektu. Odpověď spíše ano udává 10 respondentů (20%), odpověď nevím 3 respondenti (6%). Nedostatečné objasnění neudává žádný respondent.

Otázka 19- Působí na Vás radiologičtí asistenti optimistickým a povzbuzujícím dojmem?

Tabulka 19 Definiuje, zda na respondenta radiologičtí asistenti působí optimistickým a povzbuzujícím dojmem

| Optimistický a povzbuzující dojem | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|-----------------------------------|-------------------|-----------------------|
| Ano | 32 | 64 |
| Spíše ano | 17 | 34 |
| Nevím | 0 | 0 |
| Spíše ne | 1 | 2 |
| Ne | 0 | 0 |
| Celkem | 50 | 100 |

Graf 19 Zobrazuje, zda na respondenta radiologičtí asistenti působí optimistickým a povzbuzujícím dojmem



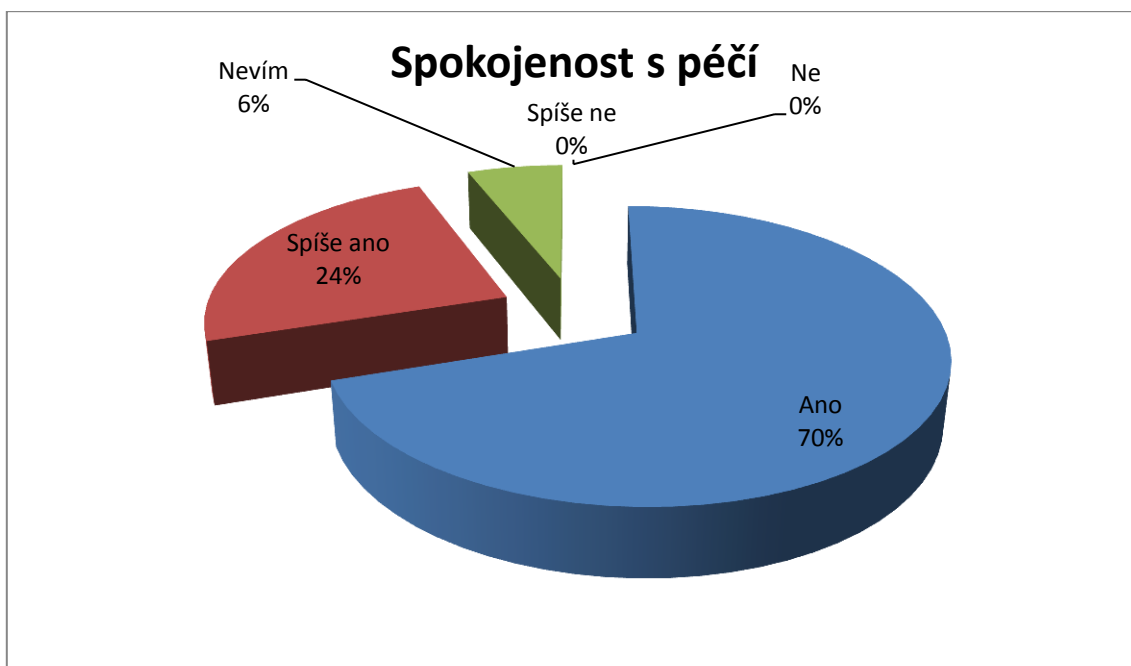
Z grafického znázornění můžeme vidět, že 32 respondentů (64%) uvedlo ano, 17 respondentů (34%) uvedlo spíše ano. Odpověď spíše ne uvedlo 1 respondent (2%) a odpověď nevím a ne nevedl nikdo.

Otázka 20- Jste spokojen/a s péčí na tomto pracovišti?

Tabulka 20 Definuje, zda je respondent spokojen s péčí na pracovišti

| Spokojenost s péčí | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|--------------------|-------------------|-----------------------|
| Ano | 35 | 70 |
| Spíše ano | 12 | 24 |
| Nevím | 3 | 6 |
| Spíše ne | 0 | 0 |
| Ne | 0 | 0 |
| Celkem | 50 | 100 |

Graf 20 Zobrazuje, zda je respondent spokojen s péčí na pracovišti



Nejčastější odpovědí na otázku, zda je pacient spokojen s péčí na pracovišti, byla odpověď ano, což odpovědělo 35 respondentů (70%), spíše ano odpovědělo 12 respondentů (24%), nevím odpověděli 3 respondenti (6%) a odpověď ne a spíše ne nevedl nikdo.

9 DISKUZE

V diskuzi otevírám a shrnuji problematiku psychické podpory ekologických pacientů. Výsledky dotazníkového šetření nelze srovnat s jinými autory.

Z výsledků (viz. Interpretace výsledků), které jsem vyhodnotila, usuzuji, že ačkoliv se vyskytují pochopitelné obavy nemocných či jiné negace, jsou pacienti do značné míry spokojeni, jak s průběhem ozařování, informovaností, tak s přístupem personálu, vůči jejich osobě, což ukazuje 94% spokojenost s péčí na radioterapeutickém oddělení. Nejčastěji zmiňovanou negací bylo nepříliš příznivé prostředí nemocnice. Také jsem zaznamenala více negativních odpovědí u otázek zmiňujících se o nežádoucích účincích a jejich zmírnění, což si myslím, že by radiologičtí asistenti neměli v žádném případě opomínat. Radiologický asistent by měl mít hluboké znalosti o léčbě a nežádoucích účincích a tyto informace by měl vždy předat pacientům.

Výsledek mé práce mne velice překvapil, jelikož se denně na tomto pracovišti ozaří přes 150 pacientů a přesto jsou zde radiologičtí asistenti pacienti vnímáni velmi pozitivně a kladně.

Hypotéza č. 1 se potvrdila. Pacienti jsou spokojeni s přístupem radiologických asistentů.

Hypotéza č. 2 se potvrdila. Radiologičtí asistenti mají dostatečně individuální přístup k pacientům (pacient je středem zájmu během ozařování).

Hypotéza č. 3 se potvrdila. Radiologičtí asistenti jsou dostatečně empatičtí a psychicky přínosní pro pacienty.

9. 1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Bylo by vhodné, aby radiologičtí asistenti podstupovali pravidelné nácviky či kurzy komunikace. Na těchto kurzech by se kromě jiného prováděli simulace různých situací, které by mohly vzniknout u onkologicky nemocných pacientů. Následovala by diskuze o tom, jak v dané situaci chovat. Vše by bylo prováděno pod dohledem zkušeného psychologa, který by nastínil radiologickým asistentům možnostem jak situace řešit, jak správně s pacienty komunikovat, povzbudit je a motivovat.

Dále by byla vhodná psychická podpora pro radiologické asistenty a celý personál, který se věnuje péči o onkologické pacienty. Jejich práce je velmi psychicky náročná, takže u personálu může rychleji dojít k syndromu vyhoření. Jako obranu proti syndromu vyhoření bych navrhovala supervize a koučing, dále také semináře, školení, která přispějí kultivaci komunikace a vztahů na pracovišti.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se věnovala problematice psychické podpory onkologických pacientů, kterou by jim měl zajišťovat radiologický asistent.

Závěrem bych ráda uvedla, že jsem spokojena s výsledky této práce, neboť výstupy ukazují, že psychická podpora onkologických pacientů radiologickými asistenty je opravdu součástí léčby. Znovu bych chtěla připomenout, že její důležitost je opravdu značná a přístup k pacientům, informovanost a empatie jsou při této práci zásadní.

Dotazníkové šetření potvrzuje všechny 3 hypotézy, tj. pacienti jsou spokojeni s přístupem a informovaností radiologických asistentů, radiologičtí asistenti mají dostatečně individuální přístup k pacientům a radiologičtí asistenti jsou dostatečně empatičtí a jsou přínosem pro psychiku pacientů .

Touto prací jsem chtěla poukázat na důležitost psychické podpory onkologických pacientů, ale zároveň na důležitost lidského přístupu a schopnost empatie každého, kdo pracuje nebo v budoucnu bude pracovat s onkologicky nemocnými.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ABRAHÁMOVÁ, Jitka a kolektiv. *Co byste měli vědět o rakovině prsu: učebnice pro obor sociální péče - pečovatelská činnost. 2., přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada, 2009. ISBN 978-802-4730-639.
- ANGENENDT, Gabriele — SCHÜTZE-KREILKAMP, Ursula — TSCHUSCHKE, Volker. *Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie.* Vyd. 1. Praha : Portál, 2010. ISBN: 978-80-7367-781-7.
- ČECHOVÁ, Věra — MELLANOVÁ, Alena — PŘIKRYLOVÁ KUČEROVÁ, Hana. *Psychologie a pedagogika II: pro střední zdravotnické školy.* Vyd. 1. Praha : Informatorium, 2004. ISBN: 80-7333-028-8.
- DEJMALOVÁ, Marcela. Psychika onkologicky nemocných. *Sestra*, 2013, roč. 23, č. 5, s. 46-47. ISSN: 1210-0404.
- DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace.* 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 502 s. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-2018-0.
- DIENSTBIER, Zdeněk. *Rakovina: co o ní víme a jak s ní žít.* [1. vyd.]. Praha : Victoria Publishing, 1994. ISBN: 80-85605-91-0.
- GRUMAN, Jessie C, Pavel KLENER a Hilda VORLÍČKOVÁ. *První dny s vážnou diagnózou: praktický rádce v mezní životní situaci : [co dělat, když vám lékař sdělí krutou pravdu].* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, 287 s. Doktor radí. ISBN 978-802-4911-649.
- HRUBÁ, Marcela — FORETOVÁ, Lenka — VORLÍČKOVÁ, Hilda. *Role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění.* 1. vyd. Brno : GAD Studio, 2001. ISBN: 80-238-7618-X.
- HYNKOVÁ, L; DOLEŽELOVÁ, H; ŠLAMPA, P. *Radioterapie - učební texty pro studenty 5. roč. LF MU Brno.* Brno : Klinika radiační onkologie, LF MU
- CHOCENSKÁ, Eva — MÓCIKOVÁ, Heidi — DĚDEČKOVÁ, Kateřina. *Průvodce pacienta onkologickou léčbou.* 1. vyd. Praha : Forsapi, 2009. ISBN: 978-80-87250-02-0.
- JANÁČKOVÁ, Laura. Psychické prožívání nádorového onemocnění. *Nemocnice*, 2010, roč. 2010a, č. 6, s. 14-17.
- JANÁČKOVÁ, Laura. Psychologický mechanismus při nádorovém onemocnění a základy komunikace v jednotlivých fázích. *Urologické listy*, 2010b, roč. 8, č. 1, s. 71-73. ISSN: 1214-2085.

- JURGA, Ludovít — DÓCZEOVÁ, Andrea. Etické aspekty v onkologii. *Scripta bioethica*, 2002, Roč. 2, č. 3/22, s. 10-15. ISSN: 1213-2977.
- KAREŠOVÁ, Jana. *Praktické rady pro onkologické pacienty, aneb, Jak překonat nesnáze při léčbě rakoviny*. Praha : Maxdorf, 2010. ISBN: 978-80-7345-217-9.
- KEBZA, Vladimír, ŠOLCOVÁ, Iva. Syndrom vyhoření : funkční duševní porucha . Praha : Státní zdravotní ústav , 1998 . 23 s. . ISBN 80-7071-099-3.
- KELNAROVÁ, Jarmila, Eva MATĚJKOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví: pro zdravotnické asistenty 4. ročník*. Vyd. 1. Editor Jiří Vévoda. Praha: Grada, 2013, 159 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4747-323.
- KELNAROVÁ, Jarmila, Pavel MATĚJKOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Psychologie a komunikace: pro zdravotnické asistenty 4. ročník*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 135 s. Sestra. ISBN 978-802-4728-315.
- KHELEROVÁ, Vladimíra. *Komunikační a obchodní dovednosti manažera*. 3., dopl. vyd. Praha: Grada, 2010, 144 s. ISBN 978-80-247-3566-5.
- KLENER, Pavel, Pavel KLENER a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Nová protinádorová léčiva a léčebné strategie v onkologii: učebnice pro obor sociální péče - pečovatelská činnost*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, c2010, vii, 209 s. Doktor radí. ISBN 978-80-247-2808-7.
- MCKAY, Judith — HIRANO, Nancee. *Jak přežít chemoterapii a ozařování: [průvodce onkologického pacienta po vlastním osudu]*. Vyd. 1. Praha : Triton, 2005. ISBN: 80-7254-542-6.
- MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelství: učebnice pro obor sociální péče - pečovatelská činnost*. 1. vyd. Praha, 2010. ISBN 978-80-247-3185-82.
- NEZU, Arthur M. *Pomoc pacientům při zvládnání rakoviny*. 1. vyd. Brno : Společnost pro odbornou literaturu, 2004. ISBN: 80-7364-000-7.
- NOVÁK, Tomáš. *Sám sobě psychologem*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 187 s. Psychologie pro každého. ISBN 978-802-4729-565.
- O'CONNOR, M., ARANDA, S. 2005. Paliativní péče pro sestry všech oborů. 1. čes. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2005. ISBN 80-247-1295-4
- PTÁČEK, Radek — RABOCH, Jiří — KEBZA, Vladimír. *Burnout syndrom jako mezioborový jev*. 1. vyd. Praha : Grada, 2013. ISBN: 978-80-247-5114-6.

- ROMAŇÁKOVÁ, M. *Psychologický průvodce pro onkologicky nemocné*. Brno: MOÚ,
- ŘIHÁČKOVÁ, Petra — ŽIDLICKÝ, David. *Osudové příznaky*. Vyd. 1. Brno : David Židlický - Atelier Zidlicky, 2009. ISBN: 978-80-254-4332-3.
- SKÁLA, Bohumil — DIENSTBIER, Zdeněk. *Informovaný pacient: o nádorové prevenci a péči praktického lékaře*. Praha : Liga proti rakovině Praha, [2007]. ISBN: 978-80-254-1556-6.
- STÁHALOVÁ, Vladimíra. *Léčba zářením a Vy*. Praha : Liga proti rakovině Praha, [2008?].
- STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.
- ŠLAMPA, Pavel — PETERA, Jiří. *Radiační onkologie*. 1. vyd. Praha : Galén : Karolinum, 2007. ISBN: 978-80-7262-469-0; 978-80-246-1443-4.
- TSCHUSCHKE, Volker. *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2004. ISBN: 80-7178-826-0.
- VALENTA, Milan, Pavel KLENER a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 349 s. Doktor radí. ISBN 978-802-4738-291.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina — MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha : Grada, c2006. ISBN: 80-247-1262-8.
- VÉVODA, Jiří. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha : Grada, 2013. ISBN: 978-80-247-4732-3.
- VORLÍČEK, Jiří — ADAM, Zdeněk — VORLÍČKOVÁ, Hilda. *Chemoterapie a Vy: rady pro nemocné léčené chemoterapií*. [Brno] : Lachema, 1997.
- VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry: učebnice pro obor sociální péče - pečovatelská činnost*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011, 448 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4737-423.
- VYMĚTAL, Jan, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 322 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2614-4.
- VÝROST, Jozef, SLAMĚNÍK, Ivan. *Sociální psychologie*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2008, 404 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4714-288.

- ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. Sestra. ISBN 978-802-4720-685.
- ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA. *Chirurgická propedeutika: učebnice pro obor sociální péče - pečovatelská činnost*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4737-706.
- ŽALOUDÍK, Jan. *Vyhňte se rakovině, aneb, Prevence zhoubných nádorů pro každého*. 1. vyd. Praha : Grada, 2008. ISBN: 978-80-247-2307-5.

PŘÍLOHY

Příloha A- Podoba dotazníku

PŘÍLOHA A

Podoba dotazníku:

Dobrý den, jmenuji se Martina Sudová a jsem studentka Vysoké školy zdravotnické, oboru Radiologický asistent. Prosím o pár minut Vašeho času a vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník zjišťuje spokojenost pacientů s přístupem, kvalitou péče a informacemi podávanými radiologickými asistenty tohoto zařízení. Výstupy budou sloužit k zefektivnění péče o pacienta na radioterapeutickém oddělení a k zlepšení spolupráce mezi radiologickými asistenty a pacienty. Dotazník je anonymní.

Odpověď prosím zakroužkujte.

1, Vaše pohlaví:

- A, žena
- B, muž

2, Věková kategorie, do které se řadíte:

- A, 15- 25 let
- B, 26-35 let
- C, 36-45 let
- D, 46- 55 let
- E, 56-65 let
- F, 65 let a více

3, Dostal/a jste dostatečně srozumitelné informace podané radiologickými asistenty na tomto pracovišti?

- A, ano
- B, spíše ano
- C, nevím
- D, spíše ne
- E, ne

4, Byl/a jste dostatečně informován/a radiologickým asistentem o průběhu 1. ozáření a následujících?

- A, ano
- B, spíše ano
- C, nevím
- D, spíše ne
- E, ne

5, Bylo Vám objasněno radiologickými asistenty, jaké zásady dodržovat před a po ozáření?

- A, ano
- B, spíše ano
- C, nevím
- D, spíše ne
- E, ne

6, Jste spokojen/a s přístupem, informovaností a průběhem na simulátoru?

- A, ano
- B, spíše ano
- C, nevím
- D, spíše ne
- E, ne

7, Jste seznámen/a s pomůckou a polohou v které jste ozářen/a?

- A, ano
- B, spíše ano
- C, nevím
- D, spíše ne
- E, ne

8, Působí na Vás příjemně prostředí tohoto pracoviště?

- A, ano
- B, spíše ano
- C, nevím, není to pro mě důležité
- D, spíše ne
- E, ne

9, Mají radiologičtí asistenti dostatečně individuální přístup k Vaší osobě (je středem zájmu během ozařování Vaše osoba)?

- A, ano
- B, spíše ano
- C, nevím
- D, spíše ne
- E, ne

10, Máte dostatek soukromí během ozáření?

- A, ano
- B, spíše ano
- C, nevím
- D, spíše ne
- E, ne

11, Byl/a jste seznámen/a radiologickými asistenty o nežádoucích účincích?

- A, ano
- B, spíše ano
- C, nevím
- D, spíše ne
- E, ne

12, V případě projevení nežádoucích účinků, byl/a jste náležitě informován/a o jejich zmírnění?

- A, ano
- B, spíše ano
- C, nevím
- D, spíše ne
- E, ne

13, Cítíte se během samotného ozáření bezpečně a kvalitně polohováni?

- A, ano
- B, spíše ano
- C, nevím
- D, spíše ne
- E, ne

14, Pokud se vyskytli během ozáření případné obavy, úzkost strach či jiné negativní emoce, byli je radiologičtí asistenti schopni zmírnit?

- A, ano
- B, spíše ano
- C, nevím
- D, spíše ne
- E, ne

15, Při nejistotě či nevědomosti jste ochoten se obrátit na radiologického asistenta?

- A, ano
- B, spíše ano
- C, nevím, spíše využiji jiný zdroj
- D, spíše ne
- E, ne

16, Myslíte si, že jsou radiologičtí asistenti na dobré profesionální úrovni?

- A, ano
- B, spíše ano
- C, nevím
- D, spíše ne
- E, ne

17, Působí na Vás radiologičtí asistenti ochotně a příjemně?

- A, ano
- B, spíše ano
- C, nevím
- D, spíše ne
- E, ne

18, Dostává se Vám dostatečného respektu vůči své osobě jako lidské bytosti?

- A, ano
- B, spíše ano
- C, nevím
- D, spíše ne
- E, ne

19, Působí na Vás radiologičtí asistenti optimistickým a povzbuzujícím dojemem?

- A, ano
- B, spíše ano
- C, nevím
- D, spíše ne
- E, ne

20, Jste spokojen/a s péčí na tomto pracovišti?

- A, ano
- B, spíše ano
- C, nevím
- D, spíše ne
- E, ne

Mnohokrát děkuji za spolupráci.